FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1882 | **THÈSE** | N° 280

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le 1er août 1882 à 1 heure.*


Par Achille MATHIEU,

Né à Villeneuve-la-Guyard (Yonne), le 26 août 1855.

Ancien externe des hôpitaux de Paris,

Médaille de bronze de l'Assistance publique.


# DES DÉMANGEAISONS

CONSIDÉRÉES COMME

## SYMPTOME DU MAL DE BRIGHT

*Président :* M. BROUARDEL, *professeur.*

*Juges :* MM ROBIN, *professeur.*
DEBOVE, GRANCHER, *agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*




PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

1882

# FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

**Doyen**........................ M. BÉCLARD.

**Professeurs**.................... MM.

| | |
|---|---|
| Anatomie | SAPPEY. |
| Physiologie | BÉCLARD. |
| Physique médicale | GAVARRET. |
| Chimie organique et chimie minérale | WURTZ. |
| Histoire naturelle médicale | BAILLON. |
| Pathologie et thérapeutique générales | BOUCHARD. |
| Pathologie médicale | JACCOUD. PETER. |
| Pathologie chirurgicale | GUYON. DUPLAY. |
| Anatomie pathologique | CORNIL. |
| Histologie | ROBIN. |
| Opérations et appareils | LE FORT. |
| Pharmacologie | REGNAULD. |
| Thérapeutique et matière médicale | HAYEM. |
| Hygiène | BOUCHARDAT. |
| Médecine légale | BROUARDEL. |
| Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés | PAJOT. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | LABOULBÈNE |
| Pathologie comparée et expérimentale | VULPIAN. |
| Clinique médicale | SÉE (G.). LASÈGUE. HARDY. POTAIN. |
| Maladies des enfants | PARROT. |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale | BALL. |
| Clinique des maladies syphilitiques | FOURNIER |
| Clinique des maladies nerveuses | CHARCOT. |
| Clinique chirurgicale | RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRELAT. |
| Clinique ophthalmologique | PANAS. |
| Clinique d'accouchements | DEPAUL. |

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

*Professeurs honoraires :*

MM le baron J. CLOQUET et DUMAS.

**Agrégés en exercice.**

| MM. | MM. | MM. | MM. |
|---|---|---|---|
| BERGER. | GAY. | LEGROUX | REMY. |
| BOUILLY. | GRANCHER. | MARCHAND. | RENDU |
| BOURGOIN | HALLOPEAU. | MONOD. | RICHET. |
| BUDIN. | HENNINGER. | OLLIVIER. | RICHELOT. |
| CADIAT. | HANRIOT. | PEYROT. | STRAUS. |
| DEBOVE. | HUMBERT. | PINARD. | TERRILLON. |
| DIEULAFOY. | LANDOUZY. | POZZI | TROISIER. |
| FARABEUF, chef des travaux anatomiques. | JOFFROY | RAYMOND. | |
| | DE LANESSAN. | RECLUS. | |

*Secrétaire de la Faculté :* **CH. PUPIN.**

---

**Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.**

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. LE DOCTEUR Benjamin ANGER

Chirurgien des hôpitaux,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur.
(Externat, 1877).

A M. LE DOCTEUR DUJARDIN-BEAUMETZ

Médecin des hôpitaux,
Membre de l'Académie de médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.
(Externat, 1878).

A M. LE DOCTEUR GÉRIN ROZE

Médecin des hôpitaux,
(Externat, 1879).

A M. LE DOCTEUR DIEULAFOY

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.
(Externat, 1881).

A mon président de thèse

M. LE PROFESSEUR BROUARDEL

Membre de l'Académie de médecine,
Médecin des hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur.

# DES DÉMANGEAISONS

CONSIDÉRÉES COMME

# SYMPTOME DU MAL DE BRIGHT

## INTRODUCTION

Lorsque Richard Brigth, en 1827, créa l'entité morbide qui porte son nom, il fit bien voir la corrélation qui existe entre les trois termes : œdèmes, urines coagulables et lésions anatomiques des reins. Il en tira cette conclusion : que le phénomène albuminurie, combiné avec la présence des œdèmes, était l'effet symptomatique d'une inflammation des reins.

Certes, il est des cas où la maladie de Bright se révèle dès le début par ces deux grands symptômes. Ainsi on rencontre des individus, qui, dans le décours de la scarlatine, ou même à la suite d'un refroidissement, sont subitement pris de frissons, de fièvre, et bientôt aprés d'anasarque et d'albuminurie. Mais ce mode de début est relativement exceptionnel. Dans l'immense majorité des cas, le début est tout à fait insidieux; l'apparition de l'hydropisie est

tardive, l'albuminurie peut faire défaut pendant longtemps, disparaître même après s'être montrée, et malgré cela la maladie accomplir sourdement son œuvre de destruction. On se trouve souvent en présence d'une affection chronique qu'il faut chercher pour découvrir. Il existe, en effet, une période de latence, période dite préalbuminurique, plus ou moins longue, pendant laquelle la maladie de Bright ne se traduit que par certains symptômes prémonitoires, qui, isolés et par eux-mêmes, ne suffiraient pas pour établir un diagnostic, mais qui, groupés ensemble, en deviennent chacun un élément important, à une époque où les deux grands symptômes font encore presque complètement défaut.

Ainsi, un individu se présente à vous, se plaignant d'être tourmenté souvent par une céphalalgie intense, par la migraine ; depuis un certain temps, il est obligé de se relever trois, quatre, cinq, dix fois la nuit pour uriner (*pollakiurie*) ; au moindre effort, il est pris de palpitations et d'essoufflement; de temps à autre, il mouche le sang; à plusieurs reprises, il a éprouvé des bourdonnements d'oreilles, des fourmillements, etc. Dans de telles circonstances, on doit faire un examen attentif des urines, et, malgré l'absence du symptôme albuminurie, prévoir et soupçonner une maladie de Bright commençante.

Pendant l'année d'externat, que nous avons eu le bonheur de passer, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le Dr Dieulafoy, nous avons souvent eu l'occasion d'assister à d'intéressantes conférences, faites par cet excellent maître, lorsqu'il venait à se trouver en présence d'un malade atteint de l'affection qui nous occupe. C'est en l'entendant maintes et maintes fois répéter que « nous n'en sommes plus à attendre l'apparition des œdèmes et de l'albuminu-

rie pour faire le diagnostic de la maladie de Bright ; » c'est en voyant le soin qu'il mettait à rechercher les symptômes de la période de latence; c'est en l'entendant insister sur certains symptômes de cette période inconnus ou mal connus, qu'il nous est venu l'idée d'étudier l'un d'eux et d'en faire le sujet de notre thèse.

Dans une récente monographie, présentée à la Société de médecine des hôpitaux, et publiée le 19 mai dernier dans la Gazette hebdomadaire, M. le Dr Dieulafoy a spécialement attiré l'attention sur trois symptômes que l'on rencontre fréquemment au début de la maladie de Bright chronique, savoir : La fréquence de la miction à laquelle il donne le nom de *pollakiurie*, les *démangeaisons* et la *sensation du doigt mort.*

L'un de ces symptômes, la *Pollakiurie*, vient de faire le sujet de la thèse d'un autre élève (1) de M. Dieulafoy Quant à nous, guidé par les conseils bienvaillants de notre maître, et par le mémoire intéressant qu'il a fait paraître, nous avons entrepris l'étude des *démangeaisons* ; et nous entendons ici les démangeaisons qui ne s'accompagnent pas d'altération de la peau. Il n'y aucune trace d'éruption.

Dans un chapitre d'historique, nous avons cru devoir passer en revue les principaux ouvrages qui ont paru sur les maladies des reins, à commencer par l'époque de Bright afin de bien montrer que le symptôme démengeaison est passé inaperçu malgré sa fréquence, et que son observation est de date toute recente.

Nous étudierons ensuite le symptôme, en suivant l'excellente division donnée par M. Dieulafoy dans son mémoire, montrant ses caractères, ses variétés, son siège, son mode

(1) André Guesdron. Th. de Paris, 1882.

d'apparition, les époques de la maladie auxquelles on l'observe, etc.

Nous dirons quelques mots sur la pathogénie, encore toute hypothétique. Nous ferons le diagnostic du symptôme, et nous parlerons de sa valeur séméiologique, montrant de quelle utilité peut être sa connaissance au point de vue du diagnostic lorsqu'il est accompagné d'autres symptômes prémonitoires.

Nous avons cru devoir réunir tout ce que nous avons trouvé en fait d'observations publiées sur notre sujet jusqu'à ce jour, et les consigner dans notre thèse, considérant que dans l'état actuel de le question il n'est pas inutile de rassembler tout ce qui a trait à elle. Parmi ces observations, la partie qui nous intéresse est souvent et presque entièrement bâtie sur les commémoratifs, car, comme nous le verrons, bon nombre de fois le symptôme ne reparaît plus dans le cours de la maladie confirmée.

Avant d'aller plus loin, nous devons adresser tous nos remerciments à notre excellent maître M. le Dr Dieulafoy, pour l'extrême bienveillance qu'il a eue pour nous, dans maintes circonstantes; pour ses conseils, dont il nous a aidé, et nous le prions de ne considérer que comme une faible expression de notre reconnaissance l'hommage que nous lui offrons de notre travail.

Nous adressons aussi nos remerciments à M. Soyer, interne des hôpitaux, pour l'empressement tout spontané qu'il a eu de mettre à notre disposition quelques-unes des observations qui sont consignées dans cette thèse.

---

## HISTORIQUE.

Avant l'époque où Bright publia ses remarquables travaux, on rencontre bien dans les différents ouvrages de médecine et de chirurgie bon nombre d'observations de maladies des reins, mais leur étude sérieuse ne date guère que du moment où les observations commencèrent à étudier par l'analyse les altérations de l'urine. Vers la fin du siècle dernier et au commencement de celui-ci, les médecins anglais s'appliquèrent à mettre en parallèle ces altérations et les hydropisies. Alors l'attention des investigateurs se porta exclusivement sur ces deux symptômes, qui devaient devenir les deux grands facteurs de la nouvelle entité morbide. Il est tout naturel de penser que les recherches faites dans les ouvrages de cette époque devaient demeurer infructueuses au point de vue qui nous occupe et que, nulle part, on ne trouverait signalé les démangeaisons comme symptôme des maladies des reins.

Bright arrive en 1827 : d'un trait de génie il pose les trois facteurs principaux du nouveau syndrome clinique auquel il attache son nom. Dans des pages magistrales, il étudie soigneusement les altérations anatomiques des reins qu'il voyait combinées avec les deux grands symptômes albuminurie et hydropisie. Mais, non content de cela, il signale l'augmentation de la quantité des urines, les maux de tête revenant avec une fréquence inusitée, la sécheresse de la peau, le besoin d'uriner qui se fait sentir plusieurs fois chaque nuit, l'affaiblissement du malade ; il montre que ces

symptômes peuvent précéder l'apparition des deux grands et que si le médecin ne soupçonne pas la maladie, il peut se laisser égarer loin du siège primordial de cette affection. Il étudie l'œdème des poumons et de la glotte, les vomissements, la péricardite, les troubles de la vue, la dureté de l'ouïe, enfin l'attaque d'urémie.

Comme on le voit, Bright a donné une relation presque complète de la maladie. Il est bien près d'avoir tout vu ; mais nulle part il ne fait mention des démangeaisons.

Les contemporains de Bright, Christison en tête, se sont surtout attachés à l'étude détaillée des conditions chimiques de l'urine albumineuse et des altérations du sang, concurremment avec celles de l'urine. Ils étudient les complications qui surviennent dans les organes autres que le rein.

A Rayer (1) revient l'honneur d'avoir réuni avec une érudition extrême les faits contenus dans les annales de la science. Il y a ajouté les résultats de ses propres observations et des nombreuses recherches auxquelles il s'est livré plusieurs années.

En publiant son Traité des maladies des reins, on peut dire que Rayer a rendu un véritable service à la science. Ce livre contient une foule d'observations, remplies de faits cliniques, qui en rendent la lecture nécessaire. On peut dire avec Rosenstein que son livre doit être appelé à bon droit les archives des maladies des reins. Nous espérions en fouillant dans ces archives, dans ces observations nombreuses et détaillées, où tout ce qui arrive au malade, même les choses les plus insignifiantes, est noté ; nous espérions, dis-je, que notre symptôme démangeaison y se-

(1) Traité des maladies des reins, 1838-1840.

rait tout au moins signalé. On trouve, en effet, signalés : la sécheresse de la peau, qui devient dès lors un fait d'observation vulgaire, l'engourdissement de la cuisse ou de la jambe, etc. ; pour ce qui est des démangeaisons, le mot est bien prononcé surtout dans deux observations. Mais dans ce cas, il est question de démangeaisons qui accompagnent une éruption eczémateuse aux avant-bras et aux cuisses, ou bien un psoriasis. Il est donc question ici d'une affection cutanée et non d'un trouble de la sensibilité.

De 1840, nous sommes obligés de nous reporter à 1850, où nous voyons les auteurs divisés en deux camps. D'un côté Reinhardt et Frerichs, qui ont fait faire un pas décisif à la théorie unitaire de Bright. Ils démontrent, au point de vue anatomique et clinique, l'unité du processus entrevu par Bright, et les différentes formes ne deviennent réellement que les phases plus ou moins avancées d'une seule et même maladie. Wirchow, 1852, appuie cette théorie de toute l'autorité de son talent.

Avec Beer et Traube, on voit se dresser la théorie dualiste et la distinction du gros rein blanc et du petit rein contracté. Au gros rein appartiennent : l'hydropisie constante, l'abondance de l'albuminurie, l'absence d'hypertrophie cardiaque, la durée plus courte de l'évolution morbide. Au petit rein se rattachent : la rareté des hydropisies, l'hypertrophie cardiaque, l'albumine rare, intermittente, qui peut faire totalement défaut.

Les médecins anglais Wilks, Handfield, Johnson, etc., auxquels se sont ralliés Traube, Bartels et les Allemands; en France, Lancereaux, Lécorché, Kelsch, Charcot, soutiennent énergiquement la nouvelle doctrine du mal de Bright. Les différentes formes d'altérations rénales révélées à l'autopsie ne représentent pas, pour eux, les phases

successives d'un même processus morbide comme l'avait établi Rayer, mais autant d'états anatomiques distincts, auxquels se rattacheraient, pendant la vie, des groupes de symptômes bien différents et bien caractérisés.

Traube alors s'efforce de démontrer que le nom de mal de Bright doit être réservé à la seule néphrite interstitielle. M. Lécorché dans son Traité des maladies des reins (1) s'attache à enlever au syndrome clinique de Bright la néphrite interstitielle et voudrait appliquer le nom de maladie de Bright à la lésion des canalicules urinifères, c'est-à-dire, à la seule néphrite parenchymateuse.

Mais, bientôt, les observations des auteurs montrent que les lésions vues à l'autopsie sont loin de toujours correspondre à l'histoire clinique de la maladie. Bamberger et Wagner signalent la présence de l'hypertrophie du cœur, des hémorrhagies dans les formes parenchymateuses chroniques, aussi bien que dans les formes interstitielles. Cornil et Ranvier appuyant et confirmant les idées de Bartels montrent qu'entre les cas extrêmes et bien tranchés de gros rein blanc et de petit rein granuleux, il existe une foule de cas intermédiaires établissant le passage entre les deux formes. Ils admettent alors l'existence de néphrites mixtes qui peuvent elles aussi donner lieu à des symptômes insidieux précédant quelquefois de plusieurs années l'apparition de l'albuminurie et surtout des hydropisies.

Si nous nous sommes laissé entraîner dans un aperçu historique qui semble s'éloigner de notre sujet, c'est que nous voulions bien déterminer nettement ce que nous entendions par mal de Bright chronique. Nous entendons lui conserver le sens général que lui donnent MM. Jaccoud et

(1) Traité des maladies des reins, 1875.

Dieulafoy, et qui répond à un syndrome clinique que tout le monde doit comprendre, et non à des altérations plus ou moins bien définies qui donnent encore matière à discussion.

Revenant à ce qui nous intéresse un peu plus, l'histoire des symptômes, nous dirons qu'au milieu de toutes ces discussions, Traube en Allemagne établit la relation qui existe entre le petit rein contracté et l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur. De son côté Potain (1) montre la coïncidence du bruit de galop avec la néphrite interstitielle.

Nous arrivons maintenant à une période où nous voyons poindre le nouveau symptôme C'est dans le livre de Rosenstein (2) que nous en trouvons la première relation. Voici ce qu'il dit à la page 193, dans un chapitre intitulé symptômes nerveux.

« Les hyperesthésies de la peau qui consistent en une sensation violente de cuisson et de *démangeaison* et vont quelquefois jusqu'à la névralgie, privant le malade de tout repos, sont des symptômes d'une affection du système nerveux qui se présentent presque tout à fait indépendamment du cours de la sécrétion urinaire dans la néphrite diffuse ».

Nous espérions après avoir lu cette phrase, trouver dans les nombreuses observations consignées dans le même livre un fait bien tranchant et bien certain à l'appui des démangeaisons. La seule observation qui nous paraît s'en rapprocher le plus se trouve à la page 207. Encore le mot

(1) Du rhythme cardiaque appelé bruit de galop et de sa valeur séméiologique. Bull. Soc. méd. des hôp., 1875.

(2) Saint-Rosenstein. Traduct. de Bottentuit et de Labadie-Lagrave. Paris, 1874.

démangeaison s'y trouve remplacé par le mot *picotement.* Nous publions cette observation sous le n° I.

Quoi qu'il en soit, si Rosenstein a signalé les démangeaisons, il a peu insisté sur elles, et surtout il n'a pas signalé leur valeur séméiologique. Pourtant il les a classées parmi les symptômes nerveux dus à l'urémie.

Lancereaux dans l'article Rein du dictionnaire encyclopédique des sciences médicales signale des troubles de la sensibilité, se traduisant par une sensation de prurit :

« Les trois grandes fonctions, dit-il, de la sensibilité du mouvement et de l'intelligence, peuvent être affectées isolément et simultanément. Les troubles de la sensibilité se traduisent par des sensations de prurit, une hyperesthésie légère et surtout par des douleurs plus ou moins vives, comme névralgiques, qui occupent de préférence les nerfs périphériques et principalement la branche sus-orbitaire ».

Pour avoir une étude vraiment sérieuse de notre symptôme il faut arriver aux travaux de M. Dieulafoy et de ses élèves.

La thèse de M. Croin (1) est ce qui avait paru de plus complet sur cette étude avant le mémoire de M. Dieulafoy lui-même. Plusieurs des observations sur lesquelles il s'appuie pour édifier sa thèse ont été prises dans le service de M. Dieulafoy. Il ne serait donc pas étonnant que les démangeaisons aient été signalées sous l'inspiration de notre maître.

Dans un chapitre intitulé : crampes, démangeaisons et fourmillements, M. Croin s'exprime ainsi :

« Ces phénomènes qui sont habituels dans les périodes

(1) Croin. Th. inaug., 1879.

moyennes et avancées de la forme interstitielle du mal de Bright, paraissent se montrer quelquefois au début de la maladie. Dans l'observation VI, ce sont eux qui avec les palpitations ont apparu en premier lieu ».

Puis il décrit les crampes et reprend plus loin :

« Avec ou sans contractures partielles, il n'est point rare de rencontrer des troubles de la sensibilité cutanée se traduisant par de l'hyperesthésie, de l'anesthésie et surtout par des *démangeaisons et des fourmillements*. Ces troubles cutanés qui sont vraisemblablement sous la dépendance du système nerveux ressemblent assez, d'après M. le professeur Lancereaux, à ceux qu'on remarque dans l'alcoolisme. Du reste, d'après ce même auteur, ce n'est pas là l'unique ressemblance qui existe entre les symptômes de ces deux maladies ».

Puis il parle des démangeaisons et des fourmillements qu'il tâche de décrire. Il essaie même d'en esquisser la pathogénie. Nous reviendrons à cette thèse en temps utile Du reste nous en extrayons deux observations.

Si nous nous portons maintenant à la thèse d'Alibert (1) qui a été faite tout entière dans le service de M. Dieulafoy à l'hôpital Tenon, nous y voyons l'attention attirée sur un symptôme nouveau qui n'est signalé nulle part dans les auteurs savoir : *les fourmillements des extrémités et la sensation du doigt mort*. Nous en reparlerons dans notre diagnostic, car nous aurons à distinguer ces fourmillements des extrémités d'une de nos variétés de démangeaisons.

Nous espérions, en parcourant cette thèse, y trouver quelques mots à l'adresse du symptôme qui nous occupe ; nous avons été vivement étonné de voir qu'il n'en est pas même fait mention.

(1) Alibert. Thèse inaug., 1880.

Une autre thèse, celle de M. Duval (1) semble attribuer à M. le professeur Peter l'idée première que les démangeaisons pourraient bien être un des nombreux symptômes du mal de Bright chronique. Voici ce qu'il dit :

« Dans le cours fait à la Faculté de médecine (juin 1880) sur les affections du rein, M. le professeur Peter a signalé comme symptôme des néphrites de vives démangeaisons qui siègent sur toute la surface cutanée, et apparaissent dans la période d'état du mal de Bright. Les rapprochant de celles que l'on observe dans l'ictère, le savant professeur leur attribue une pathogénie semblable. Si dans le premier cas le pigment biliaire versé dans le sang vient influencer les extrémités nerveuses du derme, dans le deuxième, les matériaux de désassimilation retenus dans l'organisme impressionnent les mêmes élements et produisent des effets analogues. » Et plus loin, il revient sur l'idée que se fait M. Peter sur la pathogénie de ces démangeaisons.

M. Hue-Monceaux, dans sa thèse inaugurale, signale simplement ces démangeaisons d'après la thèse de M. Duval.

M. le D[r] Labadie-Lagrave, dans son article *rein* du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, p. 699, t. XXX, écrit :

« Un symptôme assez commun dans les néphrites chroniques, ce sont des démangeaisons très vives, surtout aux jambes et aux parties génitales. Le professeur Peter les attribue à l'irritation des papilles nerveuses du derme par les matières excrémentitielles retenues dans le sang. Ces démangeaisons s'observent surtout dans la néphrite inter-

(1) Duval. Th. inaug., 1880. Des éruptions rénales.

stitielle atrophique. Elles se montrent rebelles à tous les traitements, et constituent un tourment cruel pour les malades qui en perdent le sommeil. On voit des malheureux brightiques, dévorés par ces démangeaisons, se gratter jusque dans le coma urémique. »

C'est à notre excellent maître M. le Dr Dieulafoy que revient le mérite d'avoir appelé l'attention sur l'importance que peuvent acquérir les démangeaisons au point de vue du diagnostic de la maladie de Bright. Il s'est donné, pour ainsi dire, la tâche d'étudier à fond tous ces symptômes secondaires, qui apparaissent souvent avant l'albuminurie et les hydropisies, et de donner des notions solides pour dépister la maladie à son début alors que l'on a beaucoup de chance de pouvoir l'enrayer

C'est déjà lui qui a insisté sur certaines formes frustes du mal de Bright, qui ne se révèlent pendant longtemps que par des hémoptysies ou des épistaxis (1).

C'est encore à lui que revient le mérite d'avoir appelé l'attention sur les troubles auditifs dans la même maladie, d'avoir mis en lumière leur fréquence, leur valeur séméiologique et donné la première description exacte et complète de leur marche et de leurs différentes modalités (2).

C'est son nouveau mémoire qui nous guidera dans notre description, nous lui ferons de fréquents emprunts. Nos observations viennent à l'appui des faits cités par notre maître, et prouvent, notamment, la fréquence de notre symptôme, et son importance au point de vue du diagnostic du mal de Bright chronique.

Avant de terminer cet historique, nous devons encore

(1) Dieulafoy. Gaz. heb. de méd., 1879, n° 5.
(2) Dieulafoy. Gaz. heb., avril 1877 et janvier 1878.

signaler la thèse récente de M. André Guesdron, dans laquelle sont consignées, en partie du moins, quelques-unes des observations sur lesquelles nous établissons notre travail.

M. Guesdron les rapporte à un autre point de vue que le nôtre; il étudie le symptôme pollakiurie. Ce qui ne l'empêche pas de signaler le symptôme démangeaison lorsqu'il le rencontre.

---

## DESCRIPTION DU SYMPTOME.

Sous le nom de *démangeaisons*, nous entendons décrire ici un trouble nerveux, un trouble de la sensibilité, caractérisé par une sensation de prurit plus ou moins vive, quelquefois intense, insupportable, qui provoque chez le malade un besoin impérieux de se gratter.

Si l'on examine la peau, on la trouve sèche et rugueuse (cette sécheresse de la peau est un fait d'observation vulgaire chez les brightiques) ; mais on n'y trouve aucune trace d'éruption, il n'y a ni anesthésie, ni hyperesthésie. (Dieulafoy.)

Ce qui frappe le plus, quand on étudie ces manifestations cutanées, c'est la forme variée sous laquelle elles se montrent.

Aussi, avec M. le Dr Dieulafoy, diviserons-nous les *démangeaisons* des brightiques en trois variétés ; « car, dit-il, elles présentent quelques caractères différents, ainsi qu'on va le voir. »

1° Dans une première variété, nous décrirons les *démangeaisons proprement dites.*

Voici ce qu'en dit M. Dieulafoy dans la Gazette hebdomadaire du 19 mai dernier :

« Les malades accusent des *démangeaisons* qui ne diffèrent pas du prurit ordinaire. Ils éprouvent des *démangeaisons* plus ou moins violentes sur différentes parties du corps ; ce prurit acquiert parfois une telle intensité, qu'il prive le malade de tout repos ; les malades racontent qu'ils

se grattent jusqu'au sang, qu'ils se grattent jusqu'à s'enlever la peau. » Il cite ensuite, à ce propos, deux observations que nous rapportons plus loin.

« Les *démangeaisons*, dit M. Croin (1), occupent particulièrement les téguments des membres inférieurs ; elles deviennent surtout vives et insupportables, quand le malade passe du froid au chaud, quand il se met au lit, par exemple. »

La première variété de *démangeaisons* est, en effet, caractérisée par une sensation de prurit, quelquefois tellement vive, que le malade se gratte avec fureur, au risque de se déchirer la peau, ce qui arrive en réalité parfois. Dans ce cas, on trouve des écorchures, des sillons produits par les ongles qui grattent, et qui marquent ainsi leurs traces. Sous l'influence de ce grattage, le prurit peut faire place à un sentiment véritable de cuisson, qui occasionne une douleur intolérable. Le besoin de se gratter est tellement impérieux chez certaines personnes, qu'on a vu des dames du meilleur monde qui, en société, au risque de passer pour inconvenantes, se détournaient légèrement pour se gratter les jambes (obs. 2, publiée par M. Dieulafoy). Notre malade de l'observation XI s'est vue, à plusieurs reprises obligée de quitter brusquement la table des maîtres où elle servait pour aller se gratter à la cuisine.

La violence et la ténacité de ces démangeaisons est très remarquable. Leur durée est variable. Tantôt le besoin de se gratter se fait sentir pendant une suite de trois, quatre ou cinq minutes ; d'autres fois, il dure des heures entières, trois, quatre heures presque sans repos. Elles apparaissent surtout le soir, souvent elles reviennent la nuit, sous

(1) Th. inaug., 1879.

l'influence de la chaleur du lit, et peuvent priver complètement le malade de son sommeil.

Le *siège* de ces démangeaisons n'a rien de constant ni de spécial à ce genre d'affection. Toutes les parties du corps, quelles qu'elles soient, peuvent en être affectées. Mais il est exceptionnel de les voir se généraliser chez un même malade à toute la surface cutanée.

En général, elles siègent de préférence aux membres inférieurs et surtout aux jambes. Chez certains malades, pendant tout le courant de la maladie, ces demangeaisons siègent en un endroit unique et toujours le même ; chez d'autres, elles apparaissent en des endroits variables, selon l'époque de la maladie.

Les lieux d'élection sont le plus ordinairement : la partie antéro-externe des jambes et les mollets, la partie antéro-interne des cuisses, l'épaule, le cou, le bras, le creux de la main, au niveau des éminences thénar et hypothénar, la plante du pied, au niveau du sternum, entre les deux épaules, la région lombaire, le pubis et les organes génitaux externes. En ces derniers points, les malades comparent souvent la sensation qu'ils éprouvent aux morsures produites par les pediculi pubis.

Sur le même malade, les démangeaisons de cette première variété peuvent être les seules que l'on rencontre, ou bien elles peuvent s'allier ou alterner avec les autres variétés.

2° La seconde variété est celle que nous décrirons sous le nom de *sensation du cheveu.*

« Dans cette variété, dit M. Dieulafoy (1), il ne s'agit plus de prurit intense ; la démangeaison revêt une forme

(1) Loc. cit.

particulière que les malades expliquent en se servant de comparaisons identiques. »

Et il raconte le fait suivant :

« Je donnais des soins, l'an dernier, à une dame d'origine havanaise atteinte de mal de Bright et plusieurs fois elle avait demandé devant moi aux personnes de sa famille qui l'entouraient, de rechercher des cheveux qui devaient être tombés sur le cou et la poitrine et qui lui occasionnaient des démangeaisons insupportables. Souvent, on avait recherché le *cheveu*, cause supposée de ce chatouillement, et jamais on ne l'avait trouvé. Pendant plusieurs jours, et à plusieurs reprises, j'ai été témoin de cette sensation de démangeaison dont se plaignait la malade. »

Ainsi donc, la *sensation de cheveu* consiste en un chatouillement, qui survient sur certaines parties du corps et que les malades comparent à celui que produirait un seul ou plusieurs cheveux, répandus et roulants sur leur peau. Quelquefois les malades ont la sensation de quelques cheveux ; d'autres fois ils croient avoir des paquets de cheveux. Souvent ils se déshabillent ; les femmes défont leur corsage pour chercher ou pour faire chercher, et on ne trouve rien.

Ils changent de vêtements, les croyant malpropres, mais en vain, la sensation recommence ; alors ils se grattent, se frottent et la démangeaison devient tout aussi insupportable et aussi tenace que celle qui représente la première variété.

La *sensation de cheveu* semble avoir un siège plus restreint que les démangeaisons proprement dites. C'est au niveau du cou, sur le dos entre les deux épaules, au niveau

des mamelles et a la ceinture qu'on la rencontre. Elle est bien plus fréquente chez la femme. Nous avouerons même ne pas l'avoir rencontrée chez l'homme.

3° La troisième variété de démangeaisons chez les brightiques, sera décrite sous le nom de *fourmillements*.

Nous laisserons encore parler en premier lieu M. Dieulafoy :

« Une troisième variété de démangeaisons, dit-il, est celle que les malades comparent à la sensation de chatouillement provoquée par un insecte, au *fourmillement de la fourmi*. La fourmi est souvent prise comme terme de comparaison.

« Les malades racontent qu'ils ont plusieurs fois enlevé leurs bas, croyant y trouver une fourni. Une femme qui portait des bas brodés à jour les avait abandonnés pour prendre des bas plus épais, croyant que les premiers laissaient passer des insectes ou des fourmis. »

La troisième variété de démangeaisons consiste donc en une sensation de petits chatouillements analogues à ceux que produiraient les pattes de fourmis qui courent sur la peau. Les malades croient, en effet, qu'ils sont assiégés par les insectes. Notre malade de l'observation XIII se croyait envahi par les péediculi pubis qui lui semblaient se répandre sur les cuisses. Dix fois par jour il ouvrait son pantalon pour voir s'il n'avait pas de petites bêtes, il ne trouvait rien à son grand étonnement. La malade de l'observation VIII pensait que des fourmis lui montaient aux jambes, et pour les empêcher s'entourait soigneusement les membres inférieurs d'une épaisse couche d'ouate. Celle de l'observation XI changeait trois et quatre fois de bas par jour.

La sensation de fourmillements est comme celle des deux premières variétés tout a fait illusoire : il n'y a point

de fourmis ni d'insectes. Il n'en est pas moins vrai que le trouble de la sensibilité existe, tout aussi tenace et tout aussi insupportable que les deux autres. Les malades se frottent, se grattent aussi jusqu'à s'écorcher la peau.

Le siège des *fourmillements* est très variable ; mais c'est surtout aux jambes et au pubis qu'ils se montrent : nous l'avons rencontré à la ceinture et au bras. Sa durée est aussi très variable, de quelques minutes à des heures entières.

M. Croin (1) s'est demandé si les fourmillements ne correspondaient pas à un mouvement réel de la peau.

Il s'exprime en ces termes : « Les fourmillements consistent en une sorte de sensation de petits mouvements comparables à ceux que produiraient les pattes de fourmis courant sur la peau. Nous ne savons si cette sensation répond à un mouvement réel ; nous ne l'avons point constaté pour notre part; cependant le malade qui fait l'objet de l'observation VI prétendait que la surface cutanée de ses membres inférieurs était comme agitée, parfois, de petits tiraillements, de petits mouvements fibrillaires. D'autre part, nous trouvons ces mouvements fibrillaires notés dans l'observation XIV ; mais, dans ce cas, où ils étaient parfaitement visibles, ils siégeaient sur la langue et ne donnaient pas lieu à la sensation particulière dont nous parlons. Nous ne donnons pas à ce signe plus de valeur qu'il n'en mérite, mais comme il était consigné dans deux de nos observations, nous tenons à le mentionner. »

Nous ne savons ce qu'il faut penser de ce prétendu mouvement fibrillaire de la surface cutanée qui serait la cause de la sensation de fourmillements. Quant à nous, nous ne l'avons jamais constaté.

(1) Loc. cit.

Après avoir ainsi décrit les caractères des trois variétés de démangeaisons, il nous reste maintenant à les étudier dans leur mode d'apparition et dans leur rapport avec les autres symptômes de la maladie. Restant sur le terrain clinique, nous allons indiquer simplement de quelle manière s'est manifesté le symptôme chez les malades dont nous rapportons les observations. Nous passerons donc successivement en revue nos observations.

Dans l'observation I, tirée du livre de Rosenstein, le premier symptôme qui semble avoir annoncé la maladie est une hémoptysie qui fut suivie deux mois après de douleurs lombaires, de cuissons pendant la miction, et d'œdème des pieds. A la même époque, le malade se plaignait de picotements dans les membres inférieurs d'abord, puis plus tard aux bras. Ce n'est que plus tard qu'apparurent les autres troubles. Dans ce cas, les démangeaisons semblent avoir apparu au début de la maladie, mais après, et en même temps que les œdèmes. Rosenstein n'indique pas combien de temps elles ont duré, ni quand elles ont cessé.

Dans notre observation II, publiée par M. Dieulafoy, il est dit nettement que les démangeaisons ont apparu comme symptôme initial. Elles reparaissaient par instants pendant une période de plusieurs semaines, puis elles ont disparu.

Dans l'observation III, publiée par M. Croin, nous voyons encore apparaître les *démangeaisons* comme symptôme de début, mais cette fois, se sont montrées en même temps de violentes palpitations et des crampes douloureuses. Il y a eu ensemble deux variétés : *des démangeaisons proprement dites* et des *fourmillements*, parfois assez intenses pour gêner sérieusement la marche ; puis ce sont les besoins fréquents d'uriner (la pollakiurie) qui ont fait suite. Aux

autres périodes de la maladie, il n'y a rien de signalé en fait de démangeaisons.

Dans l'observation IV, ce sont les crampes qui ont débuté, puis des attaques épileptiformes, et l'œdème pulmonaire ; ensuite on vit se produire l'œdème des jambes, l'essoufflement, les mauvaises digestions, l'affaiblissement de la vue. Les démangeaisons ne sont signalées qu'à une époque assez avancée de la maladie et consistent en *fourmillements.*

Dans l'observation V, les démangeaisons se sont montrées dès le début de la maladie, en même temps que la pollakiurie, des bourdonnements d'oreilles, l'affaiblissement de la vue, les crampes et de légères épistaxis. Les œdèmes et l'albuminurie ne sont venus qu'après.

Dans l'observation VI, lorsque les démangeaisons ont apparu, il y avait déjà quelque temps que la maladie s'était traduite par des symptômes de dépérissement. Les démangeaisons étaient accompagnées de céphalalgie, de douleurs de reins. Mais trois mois auparavant, il y avait eu des accès de suffocation et de la pollakiurie. Les œdèmes n'avaient pas encore paru lorsqu'on a cessé d'observer le malade.

Dans l'observation VII, la maladie s'est manifestée au début par de la pollakiurie ; ce n'est qu'un an après que se montrèrent les démangeaisons. Elles ont duré quinze jours environ et n'ont reparu que huit jours avant l'entrée à l'hôpital, c'est-à-dire un an après, et à ce moment-là précédant une attaque aiguë. La seconde fois elles ont apparu en même temps que les crampes et ont duré seulement une demi-journée.

L'observation VIII est remarquable en ce sens que ce sont les démangeaisons qui nous ont mis sur la voie du

diagnostic. Là encore elles ont fait leur apparition au début en même temps que les crampes et la pollakiurie. Il est à noter que ces démangeaisons reviennent environ tous les mois, pendant une quinzaine de jours. L'œdème et l'albuminurie ne se sont montrés qu'après. Dans cette observation nous voyons reparaître de violentes démangeaisons de la première variété, après la mise au régime lacté de la malade.

Chez notre malade de l'observation IX, les démangeaisons ne firent leur apparition qu'au moment où déjà la pollakiurie et les œdèmes s'étaient montrés; elle se plaint de deux variétés de démangeaisons, des démangeaisons proprement dites et des fourmillements. Plus tard, elles reparaissent à un endroit autre que la première fois. En premier lieu, elles siégaient à la jambe et aux reins; la seconde c'est au creux de la main.

Dans l'observation X, nous voyons apparaître les démangeaisons seulement après les céphalalgies. Les démangeaisons sont de trois espèces : fourmillements et sensation de cheveu, puis démangeaisons proprement dites. A la même époque se montra aussi la pollakiurie et en même temps l'affaiblissement de la vue et les bourdonnements d'oreilles. Enfin on voit se montrer un autre symptôme, la *sensation du doigt mort* dont nous nous proposons de dire quelques mots dans notre diagnostic.

La malade est morte ensuite sans avoir accusé de nouveau des démangaisons.

La malade de notre observation XI a vu la maladie de Bright débuter chez elle par des démangeaisons survenues à la suite de bains de mer. Mais ces démangeaisons s'accompagnèrent aussitôt de maux de tête et d'envies fréquentes d'uriner. Ces premières démangeaisons, situées

dans le creux de la main, à l'épaule et sous l'aisselle, disparurent ensuite. Puis deux ans et demi après, les fourmillements arrivèrent à leur tour, situés aux jambes, et la sensation de cheveu au-devant du cou et de la poitrine. Elles disparurent de nouveau pour revenir deux mois après, accompagnées d'une autre espèce de fourmillements qui surgit souvent avec la sensation du doigt mort et que nous distinguerons bien de notre variété de démangeaisons. Ces fourmillements reviennent ensuite de temps à autre pendant un, deux, trois jours de suite, accompagnés ou non de la sensation du doigt mort. Les démangeaisons se reproduisent à leur tour, puis celles du creux de la main.

Dans l'obssrvation XII, la malade qui en fait l'objet a d'abord ressenti de violents maux de tête et aurait eu un peu les jambes enflées, puis de l'œdème de la face, tout cela avant les crampes et les démangeaisons qui ont apparu ensemble. Elles ont ensuite reparu de temps à autre à des époques variables. L'albumine, dans ce cas, ne s'est montrée qu'après. Nous voyons aussi notés, dans cette observation, les symptômes *fourmillements des doigts et sensation du doigt mort.*

Dans l'observation XIII, les démangeaisons sont représentées par la sensation de chatouillement et de morsures que feraient éprouver, au niveau des pubis et des organes génitaux, les pediculi. Elles se montrent aussi, dans ce cas, comme symptôme primitif en même temps que de violentes migraines et de l'essoufflement. Elles n'ont pas reparu pendant tout le cours de la maladie confirmée.

L'observation XIV nous montre le symptôme démangeaison à un moment où déjà il y avait de l'albumine dans

l'urine. Ces démangeaisons ont servi encore cette fois à mettre sur la voie du diagnostic.

Par la revue que nous venons de faire de nos observations, nous voyons, en résumé, que les démangeaisons peuvent se montrer à toutes les époques de la maladie sous toutes leurs variétés. C'est un fait assez compréhensible, mais ce qui est surtout intéressant, c'est que ces démangeaisons sont souvent precoces et peuvent marquer le début de la maladie de Bright. Elles peuvent en constituer pendant quelque temps le seul symptôme appréciable. Pourtant nous avons pu constater que ce dernier cas est rare. Nous ne l'avons rencontré qu'une seule fois sur nos quatorze observations, et encore a-t-il été bientôt accompagné de maux de tête.

Le plus ordinairement, même quand elles sont un symptôme de début, les démangeaisons sont associées d'une façon variable à un ou plusieurs symptômes constituant eux aussi des signes de début.

Tantôt les démangeaisons apparaissent en même temps que la pollakiurie, ou après elle, tantôt et souvent avec les crampes des membres qu'elles annoncent quelquefois.

D'autres fois les démangeaisons n'apparaissent pour la première fois qu'après les œdèmes et l'albuminurie, c'est-à-dire à la période d'état de la maladie. Pour M. le professeur Peter et pour Labadie-Lagrave, les démangeaisons apparaîtraient surtout à une époque avancée de la maladie. Quant à nous, nos observations nous autorisent à dire que, dans la plupart des cas, lorsque les démangeaisons existent, elles apparaissent au début de la maladie ou mieux dans la période qui précède les œdèmes et l'albuminurie, elles disparaissent ensuite pour reparaître à des époques variables et plus ou moins avancées.

A l'appui de ce que nous avançons, nous ferons remarquer que dans les quatorze observations que nous rapportons plus loin, nous avons vu dix fois les démangeaisons apparaître avant les œdèmes et avant qu'on ait pu constater l'albuminurie. Plusieurs fois même les démangeaisons qui existaient à la période du début n'ont pas reparu pendant le cours de la maladie confirmée.

L'apparition ou la disparition d'un symptôme concomitant ne nous a pas semblé être en rapport en rien avec l'apparition ou la disparition des démangeaisons.

Les trois variétés se montrent indifféremment à toutes les époques de la maladie et ne semblent en rien subordonnées à l'état du rein ; ce n'est pas un guide qui permette de juger le progrès en bien ou en mal.

Les démangeaisons des trois variétés ne semblent pas aussi fréquentes les unes que les autres. Celles de la première variété existent dans presque tous les cas ; celles de la seconde sont un peu moins fréquentes, enfin celles de la troisième sont un peu plus rares. Ces dernières ne se sont montrées que quatre fois sur nos quatorze observations.

Les démangeaisons sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. Sur nos quatorze observations, nous les avons trouvées neuf fois chez la femme et cinq fois seulement chez l'homme.

Elles n'apparaissent pas dans tous les cas de maladie de Bright chronique, il est même très fréquent de ne pas les rencontrer; mais pour ce qui est de dresser une statistique à cet égard, nous aurions voulu pouvoir auparavant interroger un grand nombre de brightiques ou bien réunir un plus grand nombre d'observations. Pourtant, il nous a semblé que M. Dieulafoy, en disant qu'on les rencontre à

peu près dans le tiers des cas, ne s'est pas beaucoup éloigné de la réalité.

Pour ce qui est de déterminer si ces troubles sensitifs appartiennent plus spécialement à une des formes du mal de Bright, il est difficile de trancher nettement la question. Car, d'abord, l'observation clinique qui ne s'accompagne pas d'autopsie est souvent impuissante à bien déterminer si l'on a affaire à la forme parenchymateuse ou à la forme interstitielle; et, à part les cas bien caractéristiques et bien tranchés de gros rein blanc et de petit rein contracté, on se trouve souvent, à l'autopsie, en présence de lésions rénales mixtes, alors qu'on avait diagnostiqué l'une ou l'autre forme. Pourtant, d'après nos observations, quoique peu nombreuses et insuffisantes pour donner une statistique exacte, nous pouvons dire, avec MM. Peter, Labadie-Lagrave et Dieulafoy, que les démangeaisons paraissent plus fréquentes dans les formes mixtes et interstitielles que dans la forme parenchymateuse.

# PATHOGÉNIE

L'explication de ces démangeaisons est un des points les plus obscurs de la pathogénie du mal de Bright. On en est encore à la période des hypothèses.

Voici ce qu'en dit M. Dieulafoy dans son mémoire :

« La cause de ce prurit me paraît inconnue; la peau ne présente aucune trace d'éruption, il n'y a ni anesthésie ni hyperesthésie. Rosenstein qui signale le symptôme le met sur le compte de l'urémie. Cette explication est bien insuffisante et ne fait qu'éloigner le problème sans le résoudre. On a supposé que l'excrétion de l'urée par la peau était la cause du prurit brightique ; c'est possible, mais j'ai assisté à de véritables sueurs d'urée sans démangeaisons ».

M. le professeur Peter, lorsqu'il signalait comme symptôme du mal de Bright une hyperesthésie cutanée se traduisant par des démangeaisons semblables à celles de l'ictère leur attribuait une cause analogue. Pour M. Peter ce serait une excitation des extrémités terminales des nerfs par le sang vicié qui donnerait lieu à cette sensation.

M. Croin dans sa thèse essaie aussi de dire quelques mots sur la cause probable des démangeaisons de la maladie de par Bright. Il s'exprime ainsi :

« La peau outre la pâleur dont nous avons précédemment parlé est sèche et rugueuse. On sait d'autre part que la sueur des brightiques renferme de l'urée qui se dépose sous la forme de poussière blanche à la surface du tégument externe. (Lancereaux)

Il est probable qu'indépendamment de la cause nerveuse et peut-être même à son exclusion, la présence de ce corps irritant suffirait à expliquer la production de ces démangeaisons; le développement des anthrax, des phlegmons, des érysipèles aurait aussi la même pathogénie. »

M. Lancereaux met ces troubles cutanés sous la dépendance du système nerveux et les compare à ceux qu'on remarque dans l'alcoolisme.

Ainsi donc les quelques auteurs qui ont essayé de donner quelques explications sur la cause de ces démangeaisons en ont fait un trouble, une irritation du système nerveux sensitif. Rosenstein en fait un symptôme urémique sans autre explication. D'autres auteurs les attribuent à l'irritation produite par l'urée éliminée en quantité considérable par la peau. Enfin M. le professeur Peter les attribue à l'irritation des papilles nerveuses du derme par les matières excrémentitielles retenues dans le sang.

Certes, la peau se trouvant le seul organe capable de suppléer le rein et de présider à la dépuration du liquide nourricier, excrète une quantité de matières extractives beaucoup plus considérable qu'à l'état ordinaire. L'analyse des urines chez les brightiques montre que souvent la moyenne de l'urée évacuée par les reins tombe bien au-dessous de la normale. Il était donc nécessaire qu'une autre voie fût ouverte à ce produit, sous peine de voir se produire rapidement les accidents urémiques. Dans des observation prises avec soin, on voit signaler des cas où les sueurs contenaient une telle proportion d'urée, que celle-ci se déposait sous forme de poussière blanche à la surface du tégument externe. Cette urée ou bien son produit de décomposition qui se forme sous l'influence de la température du corps à savoir: le carbonate d'ammoniaque, sont-ils la cause des dé-

mangeaisons? L'objection principale à cette opinion est qu'on a vu chez les malades de véritables sueurs d'urée sans démangeaisons.

Nous nous rangeons plutôt à l'avis de M. le professeur Peter. Nous croyons en effet que les démangeaisons brightiques sont dues à l'irritation de l'extrémité terminale des nerfs par les produits de désassimilation contenus dans le sang.

En somme, pour nous, les démangeaisons seraient un de ces accidents de la maladie de Bright que les cliniciens sont convenus de désigner sous la dénomination d'accidents urémiques. Ici vient donc, pour elles comme pour les autres accidents, la discussion de savoir quel est le principe excrémentitiel retenu dans le sang qui amène leur développement.

Admettrons-nous que la cause de l'irritation des extrémités nerveuses sensitives est due à l'urée retenue dans le sang comme le voulait Christison? Avec Frerichs soutiendrons-nous que l'urée est dépourvue de propriétés toxiques et que son accumulation dans l'organisme n'a point par elle-même de propriétés nocibles ni de conséquences funestes? Dirons-nous, avec le même Frerichs, que les méfaits attribués à l'urée sont dus au carbonate d'ammoniaque, l'un des dérivés de l'urée? Nous savons que les expériences de Claude Bernard ont jeté le discrédit sur cette dernière théorie. On s'accorde à nier toute corrélation entre l'apparition des accidents urémiques et l'accumulation du carbonate d'ammoniaque dans le sang des malades affectés de néphrite.

Il existe encore une autre théorie celle de Schlottin d'Oppler, de Perls, de Rommelaere et de Voït. Cette théorie ne spécifie pas l'agent toxique cause des accidents. Elle incri-

mine indistinctement tous les produits de désassimilation qui ne sont pas éliminés et qui s'accumulent dans le sang par suite de l'altération des reins. En somme, nous ne possédons pas jusqu'ici de théorie suffisamment satisfaisante et précise pour expliquer ces accidents.

Dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne pouvons nous ranger qu'à l'hypothèse qui nons semble la plus probable et invoquer comme cause de nos démangeaisons : le défaut d'épuration du sang et la rétention dans le liquide nourricier des principes excrémentitiels qui devraient être éliminés avec l'urine. Nous ne chercherons pas à déterminer l'influence que peut avoir tel ou tel principe en particulier.

Ces principes excrémentitiels exercent sur les extrémités des nerfs sensitifs une irritation qui se traduit à un degré léger par une sensation de prurit, par des démangeaisons et, à un degré plus avancé, par un sentiment de douleur.

Les observations que nous avons recueillies ne nous paraissent en rien éclairer la pathogénie ni nous montrer les rapports qui peuvent exister entre l'augmentation ou la diminution des matières extractives contenues dans l'urine, et l'apparition des démangeaisons.

---

## DIAGNOSTIC

Le *diagnostic* des démangeaisons en elles-mêmes est des plus simples et s'impose, pour ainsi dire, au clinicien. Il est basé sur le prurit qui tourmente le malade et qui le fait gratter, et sur cette circonstance qu'il n'y a pas d'altération de la peau.

Lorsque le médecin se trouve lui-même témoin du trouble sensitif, rien ne lui est plus facile que de constater dans quelles circonstances il se produit. Mais, le plus ordinairement, lorsque le malade s'adresse à vous, les démangeaisons ont existé à une époque plus ou moins éloignée et n'existent plus ; ou bien, si elles existent, elles peuvent n'apparaître qu'en votre absence. Dans les deux cas, vous êtes obligé de vous en rapporter à ce que raconte le malade.

Il faut alors l'interroger habilemeut, prendre bien soin de lui faire décrire lui-même les sensations qu'il éprouve et le laisser faire à sa manière le tableau du tourment qu'il endure. Il faut bien s'assurer qu'au moment et à l'endroit où apparaît cette démangeaison, la peau n'était pas le siège d'une éruption quelconque, érythéme urticaire, psoriasis, herpés, eczéma, etc., qui peuvent se produire en dehors de la maladie de Bright ou sous son influence.

On sait en effet que l'on a décrit dans le cours de la maladie de Bright des éruptions cutanées. Qu'elles en soient l'effet ou non, peu nous importe; il suffit de savoir que ces éruptions peuvent exister et amener de violentes démangeaisons.

Il est donc bien nécessaire de déterminer si les démangeaisons, en présence desquelles on se trouve, étaient accompagnées ou non d'une éruption.

Mais il ne suffit pas qu'un sujet soit atteint de démangeaisons, sans altération de la surface cutanée, pour en conclure qu'il est atteint d'une maladie des reins. Ce symptôme n'est pas l'apanage de la seule maladie de Bright chronique. Nous avons dit plus haut que M. Lancereaux comparaît les démangeaisons des brightiques à celles qui surviennent chez les alcooliques. Nous avons vu que M. le professeur Peter les mettait en parallèle avec les démangeaisons des gens ictériques. Enfin ne survient-il pas des démangeaisons dans le diabète sucré?

Il est évident qu'il existe de nombreux troubles de la sensibilité chez les alcooliques, mais est-il bien certain que les alcooliques présentent des démangeaisons analogues à celles que nous décrivons dans le mal de Bright.

Qu'on nous permette de rapporter ici ce que disent quelques auteurs à propros des troubles sensitifs de l'alcoolisme.

« Pour la sensibilité générale, dit M. Alfred Fournier, ce sont toujours des *fourmillements* qui préludent aux désordres d'un âge plus avancé. Ces fourmillements, l'un des phénomènes les plus constants de l'alcoolisme, se font sentir surtout aux mains et aux pieds; ils se succèdent avec plus ou moins de vivacité, et entraînent, quand ils sont intenses, un état permanent d'agitation; ils s'accompagnent d'une sensation de chaleur et de froid et constituent à la longue un des symptômes les plus incommodes. D'abord intermittents, ils deviennent continus, et gagnent les bras,

(1) Dict. de méd. et de chir. prat., t. I, p. 638, art. Alcoolisme.

la colonne vertébrale et les lombes. Ils dégènèrent parfois en douleurs lancinantes, en spasmes fugaces semblables à des commotions électriques ou même en une véritable hyperesthésie. » M. Tourdes s'exprime de la façon suivante dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences, page 651

« Vers le soir, ou plutôt quelques instants après le coucher, sitôt que se fait sentir la chaleur du lit, le malheureux buveur commence à éprouver principalement aux extrémités inférieures, du malaise, des picotements, des tiraillements, des sensations bizarres, telles que celles d'un animal remuant sous la peau, tous phénomènes dont il n'est souvent débarrassé que longtemps après s'être mis au lit, et à la suite d'une insomnie opiniâtre, d'une agitation ou même d'une angoisse prolongée. La chaleur du lit n'est pourtant pas toujours nécessaire pour éveiller ces troubles et on a vu la formication se montrer sous l'influence d'un refroidissement. Ces sensations singulières, véritables hallucinations de la sensibilité, ne tardent pas à être accompagnées ou suivies d'autres désordres: l'hyperesthésie et l'anesthésie. »

Ces fourmillements que les auteurs décrivent dans l'alcoolisme ne sont certainement pas de même nature que nos démangeaisons. Ce sont plutôt des sensations analogues à celles qui se produisent dans les doigts dans le cas de compression du nerf cubital par exemple. Les démangeaisons des brightiques ne s'accompagnent pas de sensation de froid ou de chaud, d'anesthésie et d'hyperesthésie. Elles n'ont pas la même marche, elles sont plus vives, moins continues et plus localisées.

Pourtant il est possible que chez les alcooliques on trouve des démangeaisons semblables a celles des brightiques, puisque M. Lancereaux les compare les unes aux

autres, mais, sachant que l'alcoolisme a été invoqué comme une des causes de la maladie de Bright, nous nous demandons si, dans le cas où il existerait des démangeaisons analogues à celles que nous avons décrites, on ne se trouverait pas justement en présence d'une altération des reins survenant au milieu de l'alcoolisme.

Le diagnostic des démangeaisons qui surviennent chez les ictériques est en général facile à établir, car ces démangeaisons ne sont pas localisées, elles existent sur toute la surface de la peau à la fois, et, caractère distinctif entre tous, elles s'accompagnent de la coloration jaune des tissus et des humeurs ; on trouve les matières colorantes de la bile dans les urines, toutes choses qui n'existent pas dans les démangeaisons brightiques.

On trouve chez les gens atteints de diabète sucré des éruptions diverses : prurigo, lichen, impétigo, herpès, etc, qui sont accompagnées de démangeaisons plus ou moins vives. On peut trouver ces altérations sur toute l'étendue du corps, mais principalement au niveau des organes génitaux externes où il existe souvent une rougeur et un prurit qu'on attribue à l'irritation produite par l'urine sucrée.

Mais outre ces démangeaisons, dues aux éruptions, il peut encore en exister d'autres qui ne sont qu'un trouble de la sensibilité. Quoi d'étonnant à cela? Dans le diabète il y a altération du sang et probablement irritation des papilles nerveuses du derme, comme dans le mal de Bright. De plus, nous savons que le diabète peut se compliquer d'albuminurie et de néphrite.

M. Dieulafoy nous a fait à ce propos la communication orale suivante :

« Une dame vient le consulter en lui disant que depuis quelques années elle s'affaiblit considérablement ; elle

trouve que sa vue a baissé, qu'elle urine plus souvent; elle se plaint de démangeaisons, surtout à la partie inférieure du corps et aux membres inférieurs. On l'a envoyée aux eaux de St Gervais, qui ne l'ont pas améliorée. Elle présente à M. Dieulafoy deux analyses : la première dans laquelle est noté simplement : 54 grammes de sucre par litre dans les urines. La deuxième représente cette dame comme ayant 9 grammes de sucre seulement, et 70 centigrammes d'albumine par litre».

Nous voyons donc ici une dame qui certainement est à la fois diabètique et brightique. Dans un cas semblable, on peut se demander quelle est la part qui revient aux deux affections dans l'apparition du symptôue démangeaisons. L'état actuel de nos connaissances ne nous permet pas de résoudre le problème.

Dans plusieurs de nos observations nous avons noté les symptômes : *Fourmillements des extrémités et sensation du doigt mort.* Ces fourmillements ne répondent en rien à notre seconde variété de démangeaisons. Nous avons affaire ici à une sensation d'engourdissement semblable à celle que produirait la compression du nerf cubital. On dirait que les doigts sont piqués par des milliers d'épingles.

C'est encore à M. Dieulafoy que revient l'honneur d'avoir signalé ces symptômes dans le mal de Bright. Voici ce qu'il dit dans la Gazette hebdomadaire (1).

« Le symptôme dont je vais maintenant m'occuper n'a été, je crois, signalé par aucun auteur; c'est la sensation du doigt mort, sensation analogue à celle qu'on éprouve quand on a plongé les doigts dans la neige ou quand

(1) Gaz. hebd. de méd· et de chir., mai 1882.

on a exposé ses mains à un froid vif. Les malades accusent des fourmillements, des sensations douloureuses, sensation de crampes dans les doigts ; et parfois l'extrémité des doigts devient exsangue, pâle, insensible. Cet état dure quelques minutes, un quart d'heure, une demi-heure et revient par accès».

« Ce symptôme atteint les doigts des mains et rarement les orteils; il se localise tantôt dans un doigt, tantôt dans un autre: parfois il y a symétrie; rarement tous les doigts sont atteints ».

« Les fourmillements des doigts, accompagnés ou non de la sensation du doigt mort, appartiennent à toutes les époques de la maladie de Bright; je les ai notés comme symptômes du début, alors que les autres troubles étaient encore nuls ou peu accusés. Ce signe a donc une importance réelle au point de vue du diagnostic de la maladie au début. J'ai recueilli un certain nombre d'observations ayant trait à ce symptôme, elles sont consignées dans la thèse d'un de nos élèves, M. le Dr Alibert (Des néphrites, Paris, 1880) Je me demande si on ne pourrait pas rapprocher de ces faits un cas d'asphyxie des extrémités observé par M. Debove dans le cours d'un mal de Bright. »

---

## VALEUR SEMÉIOLOGIQUE.

Tout le monde s'accorde à reconnaître les grandes difficultés que peut offrir, dans bon nombre de circonstances, le diagnostic de la maladie de Bright, au début. Souvent très lente, insidieuse dans son développement, cette maladie ne se traduit pendant longtemps que par des symptômes tout à fait obscurs, fugaces, capables de déjouer la sagacité du médecin même le plus habitué à la clinique. Bien des fois on a cité des cas d'erreurs de diagnostic, commises souvent par des médecins très distingués, qui ont pris une néphrite pour: une affection cardiaque, une entérite chronique, un cancer d'estomac, une méningite, un ramollissement cérébral, une épilepsie, de l'asthme, des migraines et même une phthisie pulmonaire comme cela est arrivé chez notre malade de l'observation XIII, etc.., Le début du mal de Bright a donc son cachet tout spécial. Il se fait remarquer par le nombre, la complexité et la variabilité extrême des symptômes qui l'annoncent. Tantôt ce sont des accidents bronchiques et pulmonaires qui ouvrent la scène, tantôt ce sont des palpitations, des crampes, des envies fréquentes d'uriner , les œdêmes et l'albuminurie n'apparaissant qu'à une époque plus ou moins éloignée.

«Plusieurs fois, dit M. Dieulafoy (1), j'ai acquis la conviction que des cas qu'on avait regardés comme des néphrites

(1) Loc. cit.

à début brusque et à marche rapide, *n'étaient que des néphrites à évolution lente dans le cours desquelles, il était survenu un épisode aigu.* Un individu, jusque là bien portant, ou du moins qui se considérait comme tel, vient nous trouver pour des troubles qui datent de quelques jours ou de quelques semaines. Il a été pris de douleurs lombaires, il a eu des accès d'oppression, sa face est actuellement bouffie, ses pieds sont légèrement œdématiés, et les urines contiennent une certaine proportion d'albumine Il semble, au premier abord, que ce soit là un cas de néphrite aiguë datant de quelques semaines; mais, si on poursuit l'enquête dans ses minutieux détails, si on recherche les *symptômes qui ont précédé cet épisode aigu*, on apprend que, depuis un an, le malade avait des céphalées qu'il qualifiait de migraines; depuis deux ans déjà et à plusieurs reprises il avait eu de la pollakiurie et des palpitations, il mouchait du sang le matin au réveil ; à diverses reprises il s'était aperçu de bourdonnements d'oreilles et d'affaiblissement de l'ouïe, de démangeaisons, et au moyen de ces symptômes en apparence insignifiants, et qui étaient pour ainsi dire passés inaperçus, on arrive parfois à reconstituer la maladie, qui évoluait lentement depuis plusieurs années, au moment où les grands symptômes ont fait leur apparition.

«Nous n'en sommes plus par conséquent, à attendre les œdèmes et l'albuminurie pour faire le diagnostic de la maladie de Bright. Les œdèmes dans certaines néphrites sont lents à apparaître, et l'albuminurie peut faire défaut pendant longtemps, ou disparaître par intermittences, sans toutefois que ces deux grands symptômes aient rien perdu de leur valeur. Aussi, pour arriver au diagnostic et pour dépister la maladie, alors que l'on manque de ces

éléments essentiels, on ne saurait trop rechercher les autres symptômes. Dans un cas douteux, tel bruit de galop (Potain enlève toute incertitude au diagnostic.»

« En étudiant il y a quelques années les troubles auditifs du mal de Bright, j'ai essayé d'apporter un faible tribut à la description de la maladie qui nous occupe. C'est dans ce but que je viens d'esquisser l'histoire de trois autres symptômes qui m'ont paru intéressants.

« Peut-être en ressortira-t-il plus tard un intérêt tout pratique, car le traitement aura d'autant plus d'efficacité, qu'il sera fait à une époque plus rapprochée du début. »

On comprend donc quelle peut être, dans certains cas, l'importance d'un cas particulier, vous mettant sur la voie d'un diagnostic difficile. C'est à ce titre que M. Dieulafoy a signalé plusieurs symptômes, c'est à ce titre que nous avons étudié les *démangeaisons*.

Les démangeaisons, considérées isolément, ne suffisent pas à elles seules pour faire porter au médecin le diagnostic de maladie de Bright ; elles sont loin de constituer un signe pathognomonique. Mais comme fréquemment elles constituent un des nombreux signes de la période de la latence de l'affection qui nous occupe, elles acquerront, à ce titre, une haute importance. Réuni à plusieurs autres symptômes qui, eux aussi, pris isolément, n'ont aucune valeur séméiologique bien déterminée, le symptôme démangeaison a pu, dans certains cas, donner l'éveil, guider l'interrogatoire et engager à pratiquer l'examen des urines. C'est ce qui nous est arrivé à nous-même pour la malade de notre observation VIII. C'est ce qui est arrivé à notre collègue, M. Mouton, qui nous a communiqué l'observation XIV.

Les démangeaisons précoces sont donc les seules qui

aient une véritable importance diagnostique ; celles qui surviennent dans le cours de la maladie bien confirmée ne constituent qu'un signe de peu d'importance à côté des grands symptômes œdème et albuminurie qui, eux seuls, sont des signes vraiment certains de l'affection.

L'existence ou l'absence des démangeaisons ne peut en rien indiquer l'état d'altération dans lequel se trouvent les reins.

Elles existent aussi bien dans la néphrite parenchymateuse que dans les néphrites mixtes et interstitielles ; peut-être sont-elles plus fréquentes dans ces deux dernières formes. En tout cas, elles ne peuvent être d'aucune utilité pour le diagnostic des variétés de néphrites.

De la présence ou de l'absence des démangeaisons, on ne peut légitimement tirer aucune conséquence pour le *pronostic* de la maladie. On les voit survenir aussi bien dans les cas les plus graves que dans les cas les plus légers. Dans les cas seuls où les démangeaisons seraient assez vives et assez tenaces pour priver le malade de son sommeil, on pourrait regarder cette manifestation cutanée comme sérieuse et essayer des anesthésiques.

Les démangeaisons pouvant mettre sur la voie du diagnostic de la maladie de Bright à un moment où les lésions ne font que commencer ou sont encore peu prononcées, deviennent par là même d'une grande utilité pratique. Dans ces conditions, le traitement étant institué à une époque plus rapprochée du début, aura certainement plus d'efficacité et, par là, le pronostic de l'affection en sera d'autant modifié.

---

## CONCLUSIONS.

1° Dans le cours de l'évolution de la maladie de Bright, on constate l'existence de démangeaisons, indépendantes de toute éruption cutanée, et pouvant siéger sur toute la superficie du corps.

2° On peut les diviser en trois variétés et décrire : 1° les démangeaisons proprement dites ; 2° la sensation du cheveu ; 3° les fourmillements.

3° Les démangeaisons sont un symptôme fréquent du mal de Bright ; elles s'y presentent à différentes époques ; elles peuvent apparaître au début et dans le cours de la maladie bien confirmée.

4° Les démangeaisons du début constituent un symptôme important et d'une grande valeur séméiologique ; elles coïncident alors avec la pollakiurie, les crampes, les palpitations, les troubles auditifs, les épistaxis, etc., peuvent, dans ce cas, précéder les œdèmes et l'albuminurie, et servir, à elles seules, à mettre le médecin sur la voie du diagnostic.

5° Les démangeaisons qui surviennent plus tard ne sont qu'un symptôme de plus, ajouté à ceux du mal de Bright.

6° La pathogénie de ces démangeaisons est encore hypothétique. Elles représentent un trouble de la sensibilité dû, probablement, à l'irritation produite sur les exrémités terminales des nerfs sensitifs, par les matières extractives retenues dans le sang, faute d'être éliminées par les reins.

# OBSERVATIONS

### Observation I (Résumée).

**Néphrite interstitielle (Du livre de Rosenstein).**

Charles Krause, âgé de 32 ans, s'est toujours bien porté jusqu'au commencement de l'hiver de 1857. A cette époque, il fut pris d'une hémoptysie qui cessa bientôt. Pendant deux mois, sa santé est parfaite en apparence. Le malade ressent alors des douleurs lombaires, des cuissons pendant la miction et un peu d'œdème des pieds. Cependant il put continuer son travail de bûcheron, mais il se plaignait de *picotements* dans les membres inférieurs.

Cette sensation s'étendit plus tard aux bras, et il paraît avoir eu de temps à autre de véritables convulsions dans les mains et dans les pieds.

Il y a quelques semaines, apparurent : accès de dyspnée, paralysie passagère de la langue qui dura vingt-neuf jours.

Une saignée fit disparaître tous les symptômes, sauf des convulsions des membres inférieurs.

Dans les trois dernières semaines il éprouva des troubles de la vue.

Actuellement, 17 mai. Individu bien musclé. Teint jaunâtre. Anémie des muqueuses, léger œdème des jambes. Appétit faible. Soif non augmentée. Plusieurs selles par jour. Urine 1,500 cent. cubes en vingt-quatre heures, densité 1,008. Albumine et cylindres hyalins en abondance, 10 grammes d'albumine en vingt-quatre heures. Hypertrophie du cœur. Céphalalgie. Faiblesse. Somnolence, torpeur.

Le 20 mai. Vivacité. Deux accès violents de convulsion analogue

aux accès épileptiques. Un autre accès vers le milieu de la nuit suivante.

Le 29. Trois nouveaux accès, puis somnolence, coma et mort.

### Observation II.

(Publiée par M. Dieulafoy. In Gaz. hebd. du 19 mai 1882).
Néphrite parenchymateuse.

Chez une malade atteinte de néphrite, probablement parenchymateuse, et actuellement envahie par les œdèmes, les *démangeaisons* ont apparu, il y a un an, comme symptôme initial. Le prurit était tel, qu'au risque d'être inconvenante, Mme X... se détournait et se grattait les jambes malgré les observations fréquentes, à tout propos, qu'on lui faisait dans sa famille. Les *démangeaisons* reparaissaient par instants pendant une période de plusieurs semaines ; depuis cette époque elles ont disparu.

### Observation III (résumée).

(Croin. Thèse inaugurale, 1879).

X..., 39 ans, tonnelier, est entré à la Pitié le 31 mars 1879, dans le service de M. Lancereaux.

Homme bien constitué, quoique assez maigre. Dans ses antécédents, nous trouvons à noter une attaque de rhumatisme articulaire aigu ; c'était dans sa première jeunesse ; à l'âge de 12 ans, il aurait eu mal aux yeux.

Depuis une dizaine d'années, il a remarqué qu'il était pris, après des efforts un peu considérables, de fortes palpitations. Depuis cette époque aussi, il est sujet à des crampes très douloureuses qui siègent dans les muscles des jambes et des mains ; elles surviennent surtout la nuit et le matin. En même temps il est tourmenté assez souvent de *démangeaisons et de fourmillements aux jambes et aux pieds* assez intenses parfois pour gêner sérieusement la marche.

Il y a trois ou quatre ans, il s'est aperçu que ses besoins d'uriner devenaient plus fréquents ; régulièrement, il était obligé de se relever deux fois dans la nuit pour y satisfaire. Vers cette époque, diarrhées fréquentes. Appétit languissant. Vomissements deux ou trois fois la semaine. Quelques temps après, respiration difficile surtout le soir, puis toux.

Un phénomène qui l'inquiéta à cette époque fut la bouffissure considérable des paupières et du visage qui disparaissait au milieu de la journée pour revenir le lendemain. Céphalalgie opiniâtre. Il y a dix-huit à vingt mois, épistaxis assez considérable.

Effrayé par tous ces accidents, affecté de dyspnée et de toux, il entre à l'hôpital de Versailles en janvier 1878. Après un séjour de sept mois, il sortit portant sur son billet le diagnostic : emphysème, bronchite chronique. On avait pourtant examiné ses urines, l'albuminurie faisait probablement défaut. Il essaie de se remettre au travail, mais au bout de quelque temps, il est obligé de rentrer une seconde fois à l'hôpital. Séjour de trois mois à l'hôpital de Beaumont pour une pneumonie.

Il ne tarde pas à rentrer une troisième fois à l'hôpital, le 31 mars 1877, service de M. Lancereaux.

Arrive dans un triste état. Dyspnée violente qui s'accroissait sur tout vers le soir. Expectoration abondante. Bruit de galop. Vomissements répétés, diarrhée. Bourdonnements d'oreilles à peu près continus ; acuité visuelle troublée depuis longtemps. Pas d'accès épileptiformes.

### Observation IV (résumée).

(Croin. Thèse inaugurale, 1879).

H... (Jeanne), 43 ans, ménagère, entre le 31 mai 1879, dans le service de M. Lancereaux, à la Pitié, salle Sainte-Geneviève, n° 26.

Cette malade est arrivée il y a quatre ans à Paris, et est entrée en service. Elle se souvient, quelque temps après son arrivée, quatre mois environ, avoir été prise de crampes dans les jambes, surtout quand elle montait les escaliers ; elle le remarqua et se le rappelle d'autant plus facilement qu'elle n'y avait jamais été sujette auparavant. Il y a deux ans, attaques épileptiformes. A la même

époque, toux pendant quelques semaines et vésicatoires. Intervalle de dix à quinze mois pendant lequel la santé semble s'être rétablie.

Il y a une dizaine de mois, les jambes se mettent à enfler. Quand la malade restait au lit, l'œdème diminuait pour augmenter quand elle restait debout. Essoufflement en montant les escaliers. Son teint devient pâle et jaunâtre.

A partir de cette époque, céphalée intense presque sans répit. Amaigrisement. Appétit nul. Mauvaises digestions. Depuis dix mois la vue s'est affaiblie, surtout depuis quatre à cinq mois.

*Etat actuel.* — Légère anesthésie du pharynx. Point douloureux sur la colonne vertébrale.

Anesthésie des membres thoraciques. Hyperesthésie abdominale. Pupilles inégales. Mouvements fibrillaires de la langue qui n'est pas anesthésiée.

*Fourmillements et crampes dans les jambes.* Ne peut supporter la chaleur du lit. Rêves, pituites. Douleurs épigastriques. Vomissements. Céphalalgie. Foie congestionné et douloureux. Râles à la base des poumons. Bruit de galop. Urines : 1 litre 700, densité 1009. Quantité peu considérable d'albumine dans les urines.

### Observation V.

(M. Dieulafoy. Publiée dans la Gaz. hebd., 19 mai 1882).

Mme D..., âgée de 52 ans, se plaint, depuis six mois, d'envies fréquentes d'uriner ; par moments, les mictions deviennent si fréquentes, la nuit surtout, que Mme D... se lève huit ou dix fois pour uriner et chaque fois en très petite quantité. La totalité des urines recueillies en vingt-quatre heures ne dépasse pas 1,200 grammes. Il y a donc pollakyurie sans polyurie. L'analyse des urines que je donnerai plus en détail ne décèle que quelques traces d'albumine.

Le symptôme pollakiurie est tellement dominant qu'il apparaît comme le signe unique d'une maladie de Bright commençante. Mais, en interrogeant avec soin la malade, on voit qu'elle a eu à plusieurs reprises des bourdonnements d'oreilles, et l'ouïe, du côté gauche,

est notablement affaiblie. Elle a eu de légères épistaxis, des crampes dans les jambes et de fréquentes *démangeaisons* du bras et de la main gauche. A l'auscultation du cœur on trouve un léger bruit de galop.

Voici deux analyses des urines faites à neuf mois de distance par M. Yvon :

| | Analyse du 6 août. | Analyse du 31 mai. |
|---|---|---|
| Aspect : | Transparent | Léger nuage qui tombe au fond du vase. |
| Réaction : | Peu acide. | Peu acide. |
| Densité : | 1020 | 1019 |
| Urée : | 24.36 | 17.67 |
| Sucre : | 0 | 0 |
| Albumine : | Traces indosables. | 18 centigr. par litre. |

## Observation VI.

(Publiée par A. Guesdon. Th. inaug., 1882).

M..., 69 ans, mécanicien, entre le 2 juin à l'Hôtel-Dieu (annexe), salle Saint-Maurice, service de M. le Dr Albert Robin.

Cet homme fait remonter l'histoire de sa maladie au mois de décembre 1881, époque à laquelle il aurait éprouvé de grandes privations. Il a commencé alors à perdre ses forces, à maigrir et a traîné ainsi jusqu'au 2 juin 1882, jour où il est entré à l'Hôtel-Dieu.

*Etat actuel.* — Le malade est pâle et amaigri. Il se plaint de céphalalgies passagères, de *démangeaisons* cutanées et de violentes douleurs dans les reins. Il est si faible qu'il peut à peine marcher.

Il raconte qu'il y a trois mois il a été pris d'accès de suffocation qui le firent tousser et cracher beaucoup. A la même époque, il a éprouvé des envies fréquentes d'uriner qui l'obligeaient à se lever jusqu'à huit fois la nuit. Il fait remarquer que la quantité de ses urines n'avait pas augmenté pour cela. En ce moment, il urine environ sept fois le jour et autant la nuit, mais toujours très peu chaque fois, et il émet de 1,500 à 2,900 grammes d'urine par vingt-quatre heures. Il est toujours altéré, boit beaucoup à ses repas et

pendant la journée. Traces notables d'albumine dans l'urine. Densité, 1,008. Pas de sucre.

Signes d'emphysème pulmonaire. Hypertrophie du cœur. Pas de bruit de galop. Les œdèmes n'ont pas encore paru.

Oservation VII (personnelle).

Le nommé X.., âgé de 43 ans, ébéniste, entré le 12 février 1881 à Saint-Antoine, salle Saint-Antoine, n° 30, service de M. Dieulafoy.

Ce malade raconte qu'il n'a jamais été malade avant l'affection qu'il porte en ce moment.

La maladie actuelle semble avoir débuté il y a deux ans. Depuis cette époque en effet cet homme s'aperçoit qu'il urine plus souvent qu'à l'état normal. Il y a un an environ il a éprouvé de violentes *démangeaisons* à la partie interne de la cuisse gauche et au mollet du même côté. Pendant trois heures de temps dit-il je m'arrachais la peau. Ces demangeaisons auraient duré quinze jours environ. Le malade ne se rappelle pas qu'elles aient reparu jusqu'il y a huit jours. De temps à autre il éprouvait une céphalalgie intense et il se souvient parfois avoir eu des accès d'oppression. Il n'a jamais saigné du nez. Depuis un an les mictions sont devenues encore plus fréquentes. Le malade lui ne fait remonter sa maladie qu'aux derniers jours de décembre.

Depuis cette époque, il prétend s'être affaibli considérablement. Il n'a pas eu de battements de cœur, mais au moindre effort qu'il veut faire, il est essoufflé et atteint d'un véritable accès de suffocation. Il y a huit jours il a été pris de nouveau de *demangeaisons* et de crampes dans les mollets et aux pieds. Ces demangeaisons ressemblaient exactement aux premières qu'il avait eues auparavant. Elles ont duré toute une demi-journée. Elles n'ont pas reparu depuis. Depuis six ou sept semaines, il urine très peu à la fois mais très souvent. Il a en même temps de la *pollakiurie et de la polyurie.*

De plus il est atteint d'une insomnie persistante. Depuis huit jours les jambes sont enflées.

*Etat actuel.* Le malade se présente à nous avec une face légè-

rement œdématiée ; il éprouve de la difficulté à ouvrir les paupières. Les jambes sont œdématiées jusqu'au niveau du genou. Le cœur est légèrement augmenté de volume. Bruit de galop bien net. L'urine est pâle, abondante, 5 litres à 5 litres 1/2 par jour. Si on verse de l'acide nitrique dans cette urine, on obtient un précipité assez abondant d'albumine.

Le 18 février. Le malade a pissé 5 litres 1/2 depuis hier matin, c'est-à-dire dans les 24 heures, et cette urine a été rendue en 39 reprises. La densité de l'urine égale 1,008. On trouve 8 gr. 960 d'urée par litre et 2 gr. 50 d'albumine aussi par litre.

22 février. Le malade, qui pour toute nourriture prend quatre litres de lait par jour, se trouve amélioré. L'œdème des jambes a presque disparu. On ne le trouve plus qu'au niveau des malléoles. Le malade se plaint encore d'oppression et d'accès de suffocation. Râles sous-crépitants aux deux bases des poumons.

Observation VIII (personnelle).

Mme Vve S.., âgée de 54 ans, marchande de fleurs, demeurant 78, faubourg Saint-Martin, à qui nous avions acheté quelquefois des fleurs; ayant appris que nous étions étudiant en médecine, nous pria de vouloir bien lui donner une consultation. Voici ce qu'elle nous raconta le 19 juin 1882.

Cette femme ne se rappelle pas avoir eu d'autre maladie que la fièvre intermittente à l'âge de 12 ans. Cette affection dans ses reprises aurait duré un an. Mariée elle a eu 5 enfants. Rien de particulier à signaler à ce sujet.

Depuis environ deux ans, cette femme qui « *auparavant n'avait jamais rien, à chaque instants se trouve dérangée* » ; elle s'affaiblit peu à peu son teint est devenu jaunâtre. Depuis deux ans environ, à chaque instant elle est prise de migraines intenses. L'année dernière au mois de mars elle a été prise de crampes dans les jambes et de maux d'estomac. Depuis cette époque et pendant une période de dix à quinze jours chaque mois, elle est prise de crampes et de vomissements. Elle s'est fait soigner, dit-elle, par de « *grands médecins* du faubourg Saint-Honoré qui prennent 20 francs ». On l'a envoyée l'année dernière passer une saison à Aix-

les-Bains, elle y est restée dix jours. « Ça ne lui a rien fait ». Depuis ce temps, dit-elle, je ne vais pas mieux, J'ai les jambes enflées. Elle veut nous montrer ses jambes. Nous nous appercevons alors qu'elles sont entourées d'une couche épaisse d'ouate, nous lui en demandons la raison. « C'est nous dit-elle pour *empêcher les fourmis de me gratter les jambes* ». Averti par les recherches que nous faisons alors sur les demangeaisons dans le mal de Bright, nous insistons sur ces fourmis qu'elle accuse. Elle nous raconte que depuis un an environ elle éprouve de temps en temps sur les jambeset principalement sur les mollets, surtout sur le mollet droit, la sensation de fourmis qui lui montent aux jambes et qui la chatouillent.

Il lui est arrivé bien souvent d'ôter ses bas, deles retourner, pour voir s'il n'y avait pas de fourmis. Jamais elle n'a rien trouvé. Cette sensation reparaît tous les mois pendant quelquefois huit, dixjours, surtout le soir. C'est insupportable, dit-elle ; il me semble qu'avec la ouate, je le sens moins. Rapprochant alors, cette sensation de fourmis, de la migraine, des crampes, des vomissements et de l'œdème des jambes, il nous est venu de suite à l'idée que cette femme pourrait bien être atteinte d'une maladie de Bright. Nous l'interrogeons à ce point de vue et nous apprenons d'elle que depuis deux ans elle urine fréquemment. très peu à la fois, elle se relève trois ou quatre fois la nuit pour uriner. Parfois elle éprouve des palpitations ; au moindre effort qu'elle fait, elle est essoufflée, depuis quelques mois, elle tousse constamment, et crache beaucoup. Jamais d'épistaxis, ni d'hémoptysie. L'auscultation nous révèle alors dans la poitrine l'existence de râles sous crépitants aux deux bases des poumons surtout à gauche. le cœur est legèrement augmenté de volume, bruit de galop très léger, douleurs dans les reins et en ceinture. Le foie ne semble pas augmenté ni diminué de volume. Pas de troubles de la vue, ni de l'ouïe jusqu'à présent. Nous demandons alors qu'on nous garde les urines et le lendemain 20 juin la malade avait rendu seulement, en 24 heures, 820 gr. environ d'une urine trouble laissant déposer abondamment au fond du vase. Cette urine contenait environ 25 centigrammes d'albumine par litre. Nous donnons le conseil à la malade de se mettre au régime lacté absolu.

Le 29 juin. La malade qui avait continué de vomir tous les jours

n'a pas vomi depuis le jour où nous l'avons mis au régime lacté; les urines ont atteint 1300 gr. dans les 24 heures. La malade nous raconte alors alors qu'elle a eu hier pendant trois henres de temps de violentes *demangeaisons* entre les deux épaules, elle s'est fait gratter par sa fille. Ces *demangeaisons* ont duré pendant trois heures.

Mardi 4 juillet. La malade qui continue toujours le régime lacté dit qu'elle se sent bien mieux, elle se plaint d'une faim dévorante malgré les 4 litres de lait qu'elle boit. Elle me rapporte qu'elle a eu des demangeaisons dimanche 2 juillet encore entre les deux épaules. Cette fois ci pendant une demi heure.

### Observation IX.

(Service de M. Dieulafoy, communiquée par M Soyer, interne).

Léontine M.., 24 ans, passementière, entre le 4 mars 1882, salle Nélaton, n° 13.

Cette malade est très nerveuse, s'impressionne facilement et pleure sans motifs; tout cela depuis son enfance.

En 1870 à la suite de refroidissements répétés, elle fut atteinte d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé qui la retint au lit pendani six semaines.

Depuis ce temps elle n'a pas eu d'attaque aiguë, mais elle est sujette à des douleurs vagues, dans les articulations, apparaissant surtout pendant l'hiver et au moment des changements de temps.

Depuis son attaque de rhumatisme aigu, elle a éprouvé des palpitations fréquentes revenant par accès; elle est devenue courte d'haleine et est prise d'essoufflement à l'occasion de la moindre fatigue.

Deux ans après, en 1872, apparition pour la première fois d'œdème des membres inférieurs. La malade rend bien compte que cet œdème était très différent de l'enflure qu'elle a eue lors de son rhumatisme. Cet œdème disparaissait par le repos au lit et reparaissait à l'occasion d'une marche; il était surtout prononcé le soir. Depuis ce temps, cet œdème est revenu deux ou trois fois par an et s'est accompagné il y a quelques mois de la bouffissure de la face et

d'œdème des paupières. Chaque fois que l'œdème apparaissait il ne durait quequelques jours.

Il y a cinq ans, accouchement normal ; levée deux jours après, elle fut prise de douleurs dans les reins, l'hypogastre, irradiées vers les cuisses, et de leucorrhée.

Ces douleurs n'ont pas cessé depuis, et la leucorrhée a continué. Sensation de pesanteur dans l'hypogastre pendant la marche.

Il y a trois ans, vomissements alimentaires.

Cinq ou six mois après, attaques d'hystérie qui se montraient pour la première fois. Attaque durant environ une demi heure.

Ces attaques durèrent pendant un mois se répétant quelquefois 7 ou 8 fois dans la journée.

Sortie de l'hôpital au bout d'un mois, n'ayant plus d'attaques ; mais les vomissements continuaient.

Depuis cette époque la vue a baissé du côté droit seulement. L'œil gauche est encore très bon.

Il y a un an, apparut pour la première fois l'œdème des paupières supérieures. En même temps, débuta une céphalalgie tantôt frontale, tantôt occipitale d'abord légère, puis plus intense.

Six mois après, les troubles de la sécrétion et de l'excrétion urinaires apparurent.

La malade éprouve de fréquentes envies d'uriner; elle est obligée de se lever jusqu'à huit à dix fois par nuit ; mais chaque fois les mictions sont peu abondantes. Pendant qu'elle urine, la malade éprouve des douleurs lancinantes qu'elle localise dans la vessie et qui l'obligent à arrêter la miction. Ces douleurs persistent après la miction pendant dix minutes environ, surtout quand la malade marche.

De plus elle raconte que certains jours elle urinait beaucoup et ne souffrait pas.

Jamais d'hématurie, les gencives saignent souvent et facilement.

Il y a trois ou quatre mois, elle commença à éprouver des troubles sensitifs cutanés, *fourmillements dans les jambes, démangeaisons dans la région lombaire.*

La malade avait la sensation d'insectes qui couraient sur ses jambes; sensation assez nette pour l'obliger plusieurs fois à retirer ses bas sans jamais rien trouver. Elle accuse la même sensation au

niveau de la région lombaire. Plusieurs fois elle dut se déshabiller tant la sensation était désagréable. Jamais elle n'a éprouvé de démangeaisons d'aucune sorte dans d'autres points du corps.

Enfin, quelques jours avant son entrée à l'hôpital, elle a eu de la bouffissure de la face apparaissant un matin et durant un ou deux jours pour disparaître ensuite.

*Etat actuel.* — Lors de son entrée, le 4 mars, il n'existe pas d'œdème, pas d'hémorrhagies. La région lombaire est douloureuse depuis son accouchement. Maux de tête, ventre ballonné, souple, douloureux à la pression; le foie ne déborde pas les fausses côtes. Au cœur, on entend un souffle systolique à la pointe. Pouls régulier mais petit. Rien dans les poumons. Urine des 24 heures, 2 lit. 1/2. L'examen donne un nuage très léger d'albumine.

Traitement : régime lacté.

20 mars. La malade, qui avait des palpitations, les ressent moins violentes et moins fréquentes.

La vue s'est améliorée, mais l'appétit est mauvais; la diarrhée ayant remplacé la constipation habituelle. Depuis quelques jours, métrorrhagie légère.

Un nouveau trouble sensitif est apparu.

La malade dit avoir éprouvé il y a quelques jours, dans le milieu de la paume de la main, des *démangeaisons* assez vives sans qu'il y ait eu aucune éruption. La céphalalgie est toujours intense.

La malade rend par jour 1 lit. 3/4 d'urine qui, traitée par l'acide nitrique, ne donne aucun précipité. La pollakiurie a disparu en partie. Il n'y a plus de douleurs dans la miction.

La malade, améliorée, quitte le service, ce qui ne permet pas de la suivre plus longtemps.

### Observation X.

(Service de Dieulafoy, communiquée par M. Soyer, interne des hôpitaux).

Eugénie Ch..., 36 ans, lingère, entrée le 4 février 1882, salle Nélaton, n° 13

Depuis sept ans, cette malade n'a pas joui d'une bonne santé. A

cette époque, elle avait ressenti un violent point de côté avec toux et fièvre, et avait gardé le lit pendant trois mois. Elle avait assez fréquemment des maux de tête, elle se sentait mal entrain sans accuser des symptômes bien définis, jusque il y a deux ans.

Il y a deux ans, la malade se rappelle avoir été tourmentée par la sensation de *fourmis* qui lui couraient aux jambes; il y a un an et demi, elle éprouva aussi la sensation d'un *cheveu* qui se serait égaré sur la poitrine. De même en arrière, entre les deux épaules, elle éprouvait une sensation très désagréable analogue au chatouillement que produirait un *cheveu* traînant et roulant sur la peau. *Démangeaisons* très vives au niveau du cou. A la même époque, elle a eu de la polyurie. Elle se levait souvent la nuit et avait aussi de la pollakiurie.

Sa vue s'affaiblit, elle éprouve des bourdonnements d'oreilles, ses règles s'étaient supprimées depuis sept ans. Trois mois avant son entrée à l'hôpital, elle avait encore de la pollakiurie et de la polyurie. Elle était tourmentée par des battements de cœur et ses mains étaient comme engourdies. Il lui semblait surtout que la main gauche était comme morte.

Quinze jours plus tard apparurent de violents maux de tête, occupant surtout la région frontale. Cette céphalalgie dura trois semaines.

A cette époque, la malade se trouve très faible et perd connaissance à la suite de la moindre fatigue. Cet état se prolongea une quinzaine de jours. La malade fut prise alors de diarrhée et de vomissements très abondants.

La diarrhée persista dix à douze jours, puis on voit apparaître l'œdème des jambes s'accompagnant de bouffissure de la face.

5 février. La malade entre à l'hôpital. Elle a le visage blafard; les jambes sont œdématiées, le ventre est ballonné sans ascite, l'appétit est nul, les selles normales, l'urine est fortement albumineuse. La malade éprouve après chaque miction une douleur cuisante qu'elle localise au col de la vessie.

A l'auscultation de la poitrine, on entend des râles sous-crépitants surtout à droite et au sommet.

Le 9. Urines abondantes : 12 gr. 50 d'albumine par 24 heures. Urée, 17 gr. 50 par litre.

Le 12. La malade est reprise de diarrhée.

Le 24. Douleurs vives dans les reins. 20 ventouses sèches.

Le 31. La diarrhée a reparu : 9 selles.

4 mars. Râles sibilants dans toute la poitrine. Abattement de la malade. Commencement du muguet.

Le 7. La malade a une diarrhée continuelle. Le muguet a un peu diminué.

La malade meurt le 10 mars.

A l'autopsie, on trouve des tubercules aux deux sommets avec caverne à droite.

Les reins sont gros blanchâtres. L'enveloppe s'enlève facilement. A la coupe, aspect de néphrite mixte (malheureusement l'examen histologique n'a pu être fait, le garçon d'amphithéâtre ayant jeté les préparations). Le cœur est gros et hypertrophié.

### Observation XI.

(Prise dans le service de M. Dieulafoy).

Rosine R..., 24 ans, couturière entre le 1er octobre 1881 salle Lisfranc, service de M. le Dr Dieulafoy. Comme antécédents elle a eu la rougeole à l'âge de 10 ans.

Cette malade raconte, qu'il y a trois ans, à Marseille, à la suite de bains de mer, elle a été prises de *démangeaisons* très vives dans le creux de la main à l'épaule et un peu dans l'aisselle tout ceci du côté gauche. Ces démangeaisons étaient si vives qu'il lui est arrivé à plusieurs reprises de quitter brusquement la table de ses maîtres, qu'elle servait, pour aller à la cuisine afin de satisfaire un besoin pressant et impérieux de se gratter. Elle avait, à ce moment, une sensation très nette de sécheresse de la peau ; elle se plaignait de douleurs lombaires, de maux de tête et d'envies fréquentes d'uriner. Ces phénomènes disparurent au bout de deux mois. Ensuite, pendant environ quinze mois, elle n'éprouve que de légers maux de tête et de légères douleurs rénales.

Cinq mois avant son arrivée à l'hôpital Saint-Antoine, elle accoucha. A la suite de cet accouchement, elle eut un abcès du sein et de la suppuration des ganglions cervicaux.

Un mois après, les premiers troubles d'il y a trois ans firent leur

réapparition. Les *fourmillements* des jambes étaient tels que la malade changeait plusieurs fois de bas dans la journée croyant qu'une foule de fourmis se promenaient sur ses mollets. Elle éprouvait une sensation de *cheveu* au devant du cou et de la poitrine, sensation tellement nette qu'elle changeait de peignoir le croyant malpropre. Puis brusquement, au bout de quelques mois, se montrèrent les envies fréquentes d'uriner qui la faisaient lever jusquà vingt fois dans la nuit. Les mictions étaient suivies de spasmes du col de la vessie. Ceci dura quatre jours, puis les envies d'uriner devinrent moins fréquentes, et la quantité d'urine augmenta. En même temps revinrent les sensations *de fourmis*, *de cheveu*, ainsi que des *fourmillements à l'extrémité du doigt*. Les céphalalgies duraient toujours.

A partir de ce moment le besoin d'uriner se fait sentir quatorze ou quinze fois par jour et cinq à six fois environ par nuit. Ce besoin est impérieux, il n'est suivi souvent que de l'émission de quelques gouttes d'urine.

C'est seulement depuis trois mois que la malade s'est aperçue que ses malléoles étaient légèrement enflées et que ses paupières étaient gonflées le matin. Quelques palpitations se font sentir en même temps qu'apparaissent des douleurs lombaires plus vives et de l'oppression à la marche.

Quelques frissonnements il y a deux semaines.

A son entrée à l'hôpital, la malade se trouve dans l'état suivant :

Le visage est pâle, les paupières sont légèrement gonflées, pas d'œdème des jambes. Troubles digestifs nuls, battements de cœur A l'auscultation bruit de galop localisé à la pointe. Foie normal. Rien dans les poumons. Légers maux de tête, affaiblissement de la vue qui remonte dit-elle à cinq mois. Quantité d'urine deux litres et demi. Albumine abondante. On institue comme traitement : régime lacté ; on administra 3 grammes de chlorure de sodium et 15 centigrammes de poudre de digitale. Ventouses sèches à la région lombaire.

Le 4 octobre. La malade urine un litre trois quarts contenant 18 grammes d'urée. La malade a bu 2 litres 500 de lait, 1 gr. 80 d'albumine par litre d'urine.

*Fourmillements* dans les mains, cette nuit, et sensation du doigt mort au pouce de la main gauche surtout.

Le 5. Urine 1 litre 90. Diarrhée par le lait dont elle a bu 3 litres.

Le 6. Urine 1 litre 650, 3 litres de lait. Hémorrhagie gingivale qui se répète depuis trois mois. Douleurs vives à la région lombaire, 20 ventouses séches.

Le 7. Urine 1 litre 900. Les douleurs lombaires ont disparu. Hier dans l'après midi ont apparu des *fourmillements* qui ont duré cinq minutes et qui, comme la première fois, se sont localisés à la main gauche et au bout des doigts.

Le 8. Urine 2 litres.

Le 9. Urine 1 litre 500. Hier soir après avoir uriné, elle a ressenti les mêmes constrictions qu'au commencement de la maladie.

Le 10. La malade urine 1 litre 800. Elle raconte que la veille elle a eu des pesanteurs d'estomac, des nausées et a éprouvé un malaise général. Depuis hier, l'émission des urines est suivie de la même sensation constrictive douloureuse ; de plus, quoique n'urinant à chaque fois que quelques gouttes, les mictions sont très fréquentes.

Le 12. Les mêmes phénomènes se reproduisent. Les *démangeaisons* à l'épaule reparaissent ainsi que la sensation de *cheveu* sur la poitrine et la sensation de *fourmis* à la jambe gauche. Urine 2 litres.

Le 13. Hier vers 1 heure après s'être sentie la tête lourde toute la journée et l'estomac chargé, la malade a vomi deux terrines du lait coagulé ; en outre elle a un peu de diarrhée dont elle ne se plaint pas d'ailleurs. En même temps que ses vomissements. elle a eu une légère épistaxis. Les gencives sont toujours gonflées et saignent à la moindre pression.

Le 14. Le mouchoir contient des stries de sang. La malade se plaint de douleurs à l'épaule gauche ayant pour siège le bord supérieur du trapèze.

Le 16. Urine 1 litre 750. Nausées vers quatre heures de l'après-midi. Douleurs des deux côtés au bord du trapèze.

Le 20. La malade vomit son lait elle ne peut plus le supporter. On lui permet de manger un peu. Ce matin elle a eu des *fourmillements* dans la main gauche.

Le 21. Encore des *fourmillements*.

Le 30. Epistaxis assez abondante pendant cinq minutes par la narine gauche.

Le 31. Crampes au bord antérieur du trapèze. Ces crampes reviennent par accès qui durent une bonne heure.

Le 5 novembre, L'état général est très amélioré depuis l'entrée à l'hôpital, mais la malade se sent faible et ne peut rester longtemps debout. Urine 1 litre 750.

7 novembre. Douleurs lombaires violentes depuis deux jours. 20 ventouses sèches. Hier et aujourd'hui, *Fourmillements dans les doigts de la main gauche.*

10 novembre. Urine 2 litres.

Le 11. Urine 1 litre 250. La malade se sent courbaturée, fatiguée, elle éprouve des chaleurs, ne dort pas la nuit, depuis longtemps et est toujours tourmentée par de la sécheresse des fosses nasales et de la bouche.

Le 13. Urine 2 litres.

Le 28 janvier. La malade accuse de nouveau ses *démangeaisons* vives dans le creux des deux mains, comme, il y a 3 ans, elle l'avait ressenti à l'épaule et à la poitrine.

Le 4 février. 1 gr. 75 d'albumine par litre.

Le 14. La malade mange une côtelette. Depuis le 1er janvier, cette femme était au régime lacté.

Le 19. Les urines présentent moins de 0 gr. 50 centigr. d'albumine par litre.

Le 1er mars. La malade prend en moyenne 4 litres 1/2 de lait. Elle se trouve dans un bon état, le facies est bien meilleur. Elle urine 2 litres par jour.

La malade est sortie de l'hôpital considérablement améliorée.

### Observation XII.

(Prise dans le service de M. Dieulafoy).

Louise M.., 35 ans, blanchisseuse, entre le 4 mars 1882, salle Nélaton, n° 15.

En 1868. Érysipèle de la face. Depuis, pas d'autre maladie jusqu'au mois d'octobre 1880. Santé ordinairement très bonne.

Il y a 18 mois (octobre 1880). Cette femme a eu la scarlatine pour laquelle elle entra alors à la Pitié, d'où elle sort guérie le 5 novembre.

Quatre jours après sa sortie de la Pitié, elle rentrait à l'hôpital Tenon, pour une fièvre typhoïde. Elle resta là jusqu'au 5 janvier 1881.

Quelques jours avant de sortir la malade s'aperçoit que ses chevilles sont légèrement enflées. L'œdème augmente bientôt et gêne la marche ; puis apparaît la bouffissure des paupières. Vers la même époque la malade ressent de violents maux de tête. Elle mange mal et remarque que la nuit elle se lève jusqu'à sept ou huit fois pour uriner. La quantité d'urine rendue à chaque miction est très faible. Cette pollakiurie s'est répétée en décembre 1881 et en janvier 1882 durant chaque fois huit ou quinze jours. En même temps, la malade éprouvait à la fin de la miction une cuisson assez violente localisée dans la vessie, et une sensation de constriction très vive durant environ deux minutes. La malade accuse à cette époque des crampes violentes, dans les mollets et les doigts. Ces crampes la forçaient de lâcher les objets qu'elle tenait dans sa main. En même temps apparaissent des *démangeaisons* aux cuisses et aux jambes qui la font se gratter jusqu'au sang. Ces démangeaisons pouvaient être comparées au chatouillement produit par un insecte courant sur la peau ou parfois à la sensation produite par un *cheveu* qui roule sur l'épiderme. Le frère de cette malade qui la voyait se gratter avec rage et ôter ses bas, la menaçait de lui frapper sur les doigts si elle continuait. Elle n'en continuait pas moins lui souhaitant d'éprouver la même sensation désagréable.

Tous ces symptômes s'accentuèrent de plus en plus et furent accompagnés de *démangeaisons vives* dans le creux de la main.

Deux mois après. Mars 1881. La malade éprouve des accès d'oppression surtout la nuit. Il y a huit mois, c'est-à-dire en août 1881, elle fut prise de vomissements incoercibles pendant quinze jours. Le même phénomène s'est répété en janvier 1882.

Depuis six mois la malade saigne des gencives.

Il y a trois semaines, elle a été prise de violentes douleurs de reins qui persistent encore au moment de son entrée à l'hôpital le 4 mars.

Elle a des battements de cœur sans bruit de galop ni souffle.

Quelques râles sibilitants et ronflants dans la poitrine. Pas trace d'albumine dans les urines.

On fait le diagnostic mal de Bright. On traite la malade par le régime lacté, l'acide gallique et le chlorure de sodium,

Le 14 mars. L'œdème des jambes a disparu ; la malade urine 3 litres.

Le 15. 2 litres 1/2 d'urine pas trace d'albumine, 6 gr. d'urée par litre.

Le 16. Saignement des gencives. Céphalalgie intense. Un peu d'œdème des malléoles. 2 litres 1/2 d'urine.

Le 17. 3 litres d'urine. Hematémèse légère,

Le 18. 2 litres 1/2 d'urine trouble. Nausées, oppression.

Le 19. 3 litres d'urine. *Demangeaisons aux jambes* ce matin.

Le 20. 3 litres d'urine.

Le 21. 2 litres 1/2 d'urine ; 4 pots de lait ; un peu de fièvre ; depuis hier quelques *démangeaisons* dans le creux de la main gauche.

Le 22. 3 litres 1/2 d'urine ; diarrhée ; accès d'oppression hier soir. Les *démangeaisons* existent toujours sur les éminences thénar et hypothénar de la main gauche.

Le 23. 4 litres d'urine.

Le 24. 3 litres d'urine.

Le 25. La malade a éprouvé hier de vives douleurs au creux épigastrique et dans le dos. Nausées. Céphalalgie violente. Elle n'a plus de demangeaisons à la main, mais elle souffre des jambes. Les jambes, la gauche surtout, présentent de l'érythème.

Le 26. 3 litres 1/2 d'urine.

Le 27. La malade a uriné 2 litres ; le lait ne lui plait plus ; fièvre le soir ; syncope hier soir. L'examen des urines révèle pour la première fois 30 centigr. d'albumine par litre.

Le 30. Les urines tombent à 500 gr. Elles sont très troubles. Vomissements.

Le 31. Les vomissements cessent sous l'influence de la glace. 400 gr. d'urine.

Le 14 avril. 3 litres 1/2 d'urine.

Le 3 mai. 3 litres 1/2 d'urine, crampes dans les mollets presque continuelles, par accès dans le lit, continuelles quand la malade se lève.

De temps à autre, elle éprouve encore des *demangeaisons* aux jambes et dans le creux de la main.

Le 16. Depuis quinze jours environ, la malade avait des douleurs dans l'épaule gauche surtout, et un peu dans la droite; quelques petites aussi dans les coudes et les poignets. Le samedi 23 mai en tricotant. elle éprouve autour du poignet une sensation de *fourmillements*, qui se propage bientôt jusqu'au bout de tous les doigts principalement de l'index et du médius. A ce moment, « elle ne sent plus le bout de ses doigts ». Elle cesse alors son travail; elle voit pâlir toute sa main. Le bout des doigts est insensible, même quand on les pique. Ce phénomène se produit souvent dans la journée, des deux côtés mais il est plus prononcé à gauche qu'ā droite.

En ce moment il n'y a pas de démangeaisons.

La malade en a eu, pendant trois ou quatre jours, avant l'apparition du phénomène du *doigt mort*.

Bier soir, 15 mai. — *Démangeaisons* dans les deux jambes, qui ont débuté à six heures du soir et ont duré jusque vers neuf heures.

Le 26. La malade n'a pas éprouvé, hier, la sensation du doigt mort qu'elle ressentait tous les jours depuis le 13.

Le 27. La malade accuse des *démangeaisons sous le pied gauche*. Elle est obligée de se gratter avec le dessus du pied droit.

## Observation XIII (personnelle).

M. L...., âgé de 39 ans, malade de M. Dieulafoy, n'a jamais été malade jusqu'en l'année 1878. sauf deux blennorrhagies à 18 et 20 ans.

Pourtant, depuis l'âge de 13 ans, il porte sur différentes parties du corps, principalement sur le thorax, de larges plaques d'herpès circiné qui paraissent et disparaissent de temps à autre. Depuis l'âge de 18 ans, M. L... s'est livré à des excès surtout dans ces dernières années. Il passait bon nombre de nuits au cercle et prenait en assez grande quantité de la bière et des alcools.

A partir de l'année 1878, notre malade voit sa santé s'altérer progressivement. Il perd l'appétit, il maigrit ; fréquemment il se

plaint de violentes migraines, s'accompagnant quelquefois de vomissements, la respiration devient plus courte, la miction plus fréquente (notre malade prétend qu'il emplissait des vases entiers et il met cette polyurie sur le compte de la bière). Bientôt survient une toux opiniâtre, sèche d'abord, puis accoumpagnée d'expectoration ; la respiration s'accélère et les accès de suffocation paraissent vers le mois d'août 1880. Mais, déjà, depuis le mois de février de la même année, il est atteint de crampes dans les mollets de temps à autre ; et de *démangeaisons violentes et insupportables au niveau du pubis des organes génitaux et sur le haut des cuisses.* Il ressent des picotements, des châtouillements qui lui font croire qu'il est assiégé par les pediculi pubis : bien des fois, il lui arrive de mettre bas son pantalon pour voir s'il n'y a pas de petites bêtes. C'est en vain, il ne découvre rien. Ces démangeaisons paraissent huit à dix jours chaque mois, puis disparaissent et reparaissent le mois suivant. Vers le mois de décembre 1880, elles disparaissent tout à fait pour ne plus se montrer dans tout le cours de la maladie. Ces démangeaisons sont indépendantes de l'herpès circinné que le malade porte sur le corps ; nous insistons avec soin auprès de lui à ce sujet. Il nous affirme qu'il n'avait, à l'endroit des démangeaisons, aucune éruption qui puisse les lui expliquer.

Vers le mois d'août 1880, M. L... a été pris d'une violente douleur dans la région du foie. Le malade dit qu'on a diagnostiqué, à cette époque, accès de colique hépathique. Cette colique lui a duré six jours. Il n'a pas eu d'ictère.

Le malade allant en s'affaiblissant de plus en plus, et voyant la toux et les accès de suffocation augmenter, finit par consulter un médecin qui fit le diagnostic tuberculose pulmonaire. A la suite de ce diagnostic, qui pouvait acquérir des probabilités, en ce sens que notre malade avait une sœur morte tuberculeuse, une application de mouches de Milan fut faite aux deux sommets. Vers le mois de janvier 1881, à la suite du même diagnostic, fait par un médecin des hôpitaux, notre malade partit pour Menton. Disons, pour compléter l'histoire, qu'il y avait eu des hémoptysies.

A Menton, le malade, au lieu de se rétablir, ne fait qu'empirer ; la toux, les accès de suffocation se prononcent davantage. Des symptômes cérébraux se montrent alors. Le malade a des rêves, des hallucinations épouvantables. Il rêve incendies, orages ; il ne

peut rester coucher, se promène toute la nuit, atteint d'une dyspnée intense. Les médecins de Menton, consultés le prennnent pour un aliéné d'abord, pour un hystérique ensuite. Un d'entre eux a l'idée de faire faire une analyse d'urine ; on trouve dans les urines 1 gr. 90 d'albumine.

Les symptômes augmentant de plus en plus, le retour à Paris est décidé ; pendant le voyage de Menton à Paris, les jambes enflent au niveau des chevilles ; une hémoptysie abondante se produit sous l'influence d'efforts faits pour uriner. M. L... arrive à Paris mourant. M. Dieulafoy, appelé le 22 février, le trouve dans l'état suivant :

Une excitation indescriptible rend tout d'abord l'examen impossible. Le malade se lève à chaque instant pour se sauver, il appelle, il crie. Sa respiration est haletante, précipitée. Le cœur bat d'une façon désordonnée. Le chloral et la morphine ayant amené un peu de calme, voici ce qu'on peut constater.

Les deux poumons, surtout le droit, sont le siège d'un œdème colossal. Le cœur présente un bruit de galop très prononcé ; le foie énorme descend bien au-dessous de l'ombilic, pas d'ascite ; les jambes sont légèrement enflées au niveau des malléoles. Ce malade rend quelques centaines de grammes d'une boue qui n'a pas l'aspect de l'urine. Une analyse faite donne les résultats suivants :

Densité, 1022. Urée, par litre, 39 gr. 90. Albumine, aussi par litre, 4 gr. 320.

Le diagnostic de mal de Bright est fait par M. Dieulafoy, et le malade mis au régime lacté absolu. Chloral. Tannin. Sirop d'éther.

Le 23 février. Toux et crachements de sang fréquents, oppression toujours considérable. Agitation considérable, insomnie.

Le 25. Diarrhée ; miction fréquente ; toux, crachements de sang ; agitation ; pourtant, la nuit dernière, il y a eu un peu de sommeil, un peu plus de netteté dans les idées.

Le 26. Grande oppression pendant la nuit ; excitation cérébrale ; le malade veut se lever ; hallucinations, toux ; quelques crachats striés de sang. Les urines sont un peu plus abondantes ; mais impossibilité de les recueillir.

Le 27. Nuit mauvaise, hallucinations, délire continuel. Très peu

de toux. Somnolence. L'analyse des urines donne les résultats suivants :

Quantité d'urine dans les 24 heures : 600 grammes. Densité 1022. Urée, par litre, 33 gr. 55. Albumine, par litre, 3 gr. 87.

Le 28. Nuit un peu plus calme ; somnolence, puis agitation ; quintes de toux ; iodure de potassium.

Le 1^er^ mars. Délire tranquille, assoupissement, toux sèche assez fréquente ; pouls fréquent, 120 pulsations. Idées un peu plus nettes. Congestion pulmonaire intense. Ventouses sèches sur la poitrine. A un moment, le malade appelle en disant : J'ai une envie épouvantable d'uriner ; et il urine seulement quelques gouttes.

Le 2. Nuit plus calme. délire tranquille, urine claire.

Analyse d'urine : Quantité en 24 heures, 900 grammes. Urée, par litre, 30 gr. 43. Albumine, 1 gr. 40. Le régime lacté est toujours continué.

Le 3. Délire un peu plus violent. Agitation ; le malade s'imagine qu'il est poursuivi et qu'il tire des coups de pistolet. Ventouses sèches sur la nuque à la suite desquelles le malade se trouve mieux.

Toux, crachats sanguinolents. Urine, 1000 grammes environ, 3 litres de lait.

Le 4. Sommeil accompagné de quelques rêvasseries. Le malade prend un peu de bouillon et des huitres ; respiration un peu précipitée. Le malade n'urine plus aussi fréquemment qu'il le faisait, mais urine plus à la fois (250 grammes en une seule miction).

Analyse d'urine : Quantité, 1000 grammes. Urée, par litre, 33 gr. 01. Albumine, 1 gr. 12. Densité, 1019.

Le 5. Bonne nuit. Délire léger. Dans la journée, agitation. Bourdonnements d'oreillles qui reviennent par accès. Idées assez nettes ensuite.

Le 6. Un peu d'agitation dans la nuit. Cauchemars. Dans la journée, accès de somnolence. La respiration est un peu difficile. Parole assez forte et facile. Etat mental amélioré. Pouls, 120. Double hydrothorax, foie toujours gros. Œdème des jambes plus prononcé à droite. Urine, 1050. Toujours régime lacté. Suppression du chloral.

Le 7. Un peu de délire, la nuit. Un peu de somnolence, dans la journée, mais idées lucides. 100 grammes d'urine.

Le 8. Un peu de délire dans la nuit.

Le 9. Pas de délire; un peu plus de toux. Calme, netteté des idées. Toux s'accompagnant de crachats gris perle. 950 grammes d'urine.

Analyse : Urée, par litre, 33 gr. 75. Albumine, 1 gr. 10. Densité, 1021.

Le 10. Oppression, gros crachat sanglant, état mental satisfaisant. Lait, plus de 3 litres en 24 heures. 900 grammes d'urine limpide.

Le 11. Nuit excellente; un peu de toux; crachats sanguinolents. 3 litres 200 de lait. 950 grammes d'urine.

Le 12. Nuit excellente ; l'œdème des jambes diminue ainsi que les râles de la poitrine et l'hydrothorax. Les bruits du cœur se régularisent.

Le 14. Nuit moins bonne, un peu de délire. Crachats sanguinolents, toux fatigante, oppression. Légère agitation ; sueurs ; 950 grammes d'urine.

Le 15. Bonne nuit. Crachats sanguinolents. Le malade se plaint d'avoir faim. 3 litres de lait.

Analyse d'urine : 950 grammes dans les 24 heures. Densité, 1022. Urée. 33 gr. 75. Albumine, 1 gramme par litre.

Le 18. Eau-de-vie allemande.

Le 21. A signaler une eschare à la fesse gauche. Léger érythème des jambes, qui sont très œdématiées. On y a fait des frictions avec l'huile de croton.

Le 22. Ecoulement de sérosité par les jambes à la suite des frictions.

Analyse d'urine : Quantité, 750 grammes. Densité, 1025. Urée, par litre, 36 gr. 25. Albumine, 3 gr. 04.

Le 24. Nombreuses quintes de toux ; l'escharre du sacrum s'est creusée. Sérosité abondante qui s'écoule par les jambes. Potion de digitale. Chlorure de sodium.

Le 27. Urine des 24 heures d'hier, 900 grammes. Le malade se plaint de douleurs dans la région vésicale. Tenesme, sensation de plénitude, efforts infructueux pour uriner ; 150 grammes d'urine sont rendues goutte à goutte. Bientôt incontinence d'urine par regorgement. On sonde le malade et on retire 900 grammes d'urine, ce qui porte la quantité des 24 heures à 1050 grammes.

Cette rétention d'urine ne s'est pas reproduite.

Le 31. Nuit très bonne. 1260 grammes d'urine. Densité, 1007. Urée, 13 grammes par litre. Albumine, 0 gr. 46.

A partir de cette époque, le malade s'améliore de plus en plus ; pourtant la maladie fait de nouveaux retours offensifs. Vers le 15 avril, les jambes sont enflées considérablement ; la main droite se prend ainsi que l'avant-bras droit ; puis, la main gauche ; les accès de suffocation reprennent, un double hydrothorax avec souffle occupe les deux côtés de la poitrine, plus prononcé cependant à droite. Les jambes coulant insuffisamment et les urines étant retombées à 450 grammes, M. Dieulafoy se décide à ouvrir les jambes à coups de lancette. Trois piqûres de chaque côté. Ecoulement abondant de la sérosité qui amène un dégagement des bras. L'œdème disparaît à la main droite et à la main gauche, les parois abdominales s'affaissent.

Le 18 avril. On fait une analyse d'urine : 500 grammes d'urine. Densité, 1025. Urée, par litre, 27 gr. 50. Albumine, 4 gr. 160.

Le 24. A signaler : les jambes ont cessé de couler, l'œdème a de nouveau envahi. Tout à coup survient un accès d'œdème cérébral. Le malade ne peut plus ni parler, ni écrire ; il a une véritable aphasie. Ventouses à la nuque qui font disparaître ces accidents.

Bientôt après, on fait de nouvelles piqûres et le malade s'améliore. Il mange de la viande, car il ne peut plus supporter le régime lacté exclusif. Il marche un peu et demande sans cesse à sortir.

Les jambes restent toujours enflées. L'œdème des poumons, s'accompagnant d'hydrothorax reste stationnaire, le foie est un peu moins gros, le bruit de galop est diminué. L'état général parait meilleur et vers la fin de mai M. L.., change d'appartement pour aller habiter un rez-de-chaussée. Quelques temps après il peut aller faire chaque jour des promenades en voiture. Le régime lacté est continué, aidé de deux véritables petits repas par jour. Le malade engraisse réellement. Il rend chaque jour un litre d'urine environ; son foie est moins gros, le bruit de galop est devenu imperceptible. Les deux plèvres, contiennent toujours un peu de liquide, elles présentent surtout des frottements. Les jambes toujours œdèmatiées présentent des ouvertures qui laissent couler abondamment de la sérosité. Une analyse d'urine faite le 15 mai donne:

Densité 1019. Urée par litre 21 gr. 75. Albumine 0 gr. 94. Une autre faite le 1er juillet : Densité 1022, Urée par litre 30 gr. 25. Albumine. Traces indosables. L'albumine, à un certain moment, finit même par disparaitre complétement.

Tout à coup dans la 2e portion de juillet, l'œdème augmente l'hydrothorax double, disparait ; mais en revanche on voit se montrer de l'ascite. Cette ascite passe par de nombreuses fluctuations qui font hésiter M. Dieulafoy. Eufin, vers le mois d'août une ponction fut faite. On retira 4 litres de liquide. L'ascite ne reparut pas. Le malade continue ensuite à bien aller jusqu'au commencement de l'hiver avec des moments d'améliorations et de petites rechutes. Les poumons présentaient toujours quelques petits râles ; les plèvres de gros frottements qui paraissaient et disparaissaient. Le foie toujours gros était pourtant moins gros qu'au début ; de temps à autre à son niveau le malade ressentait de violentes douleurs. La jambe gauche présentait plusieurs ouvertures à travers lesquelles sortait une abondante sérosité. Mais de temps à autre on voyait survenir des poussées de lymphangites rapidement enrayées. La jambe droite se couvrit de bourgeons qui se mirent á suinter et malgré les nombreuses piqùres qui lui furent faites elle ne voulut pas couler.

L'hiver M. L.., rentra dans Paris. La difficulté qu'il avait pour descendre lui fut funeste. A plusieurs reprises il eut des poussées de pneumonie bâtarde ; la jambe gauche qui continuait à couler présentait de temps à autre de nouvelles poussées de lymphagites.

En un mot, pendant l'hiver, le malade qui ne sortait plus s'affaiblit considérablement ; et perdit ee qu'il avait regagné l'été d'auparavant. Il put néanmoins encore sortir trois ou quatre fois au printemps de 1882 et deux ou trois fois à la fin de mai et commencement de juin. Au commencement d'avril le malade avait été pris de troubles dyspeptiques ; il vomissait de temps à autre ses aliments ; le régime lacté qui durait depuis 14 mois était mal supporté, les aliments ordinaires faisaient la principale nourriture du malade ; à peine buvait-il un litre de lait par jour. Vers la fin d'avril, la jambe gauche qui avait coulé tout l'hiver se ferme, on est obligé de faire de nouvelles piqûres qui amènent de nouvelles poussées de lymphangite. On voit alors le malade s'affaiblir et se cachectiser de plus en plus et lui qui depuis un an avait passé les jours et

les nuits sur son fauteuil demande son lit et s'y trouve bien. Pendant le commencement du mois de juin l'affaiblissement fait de nouveaux progrès ; l'albumine reparait en grande quantité dans les urines. Un accès aigu d'œdème cérébral s'empare le 24 juin du malade, qui meurt dans le coma le 27 du même mois.

### Observation XIV.

(Communiquée par M. Mouton, externe des hôpitaux).

M. Mouton qui a suivi pendant un an, en qualité d'externe, le service de M. Dieulafoy, est au courant des travaux que fait notre maître. Il connait, par conséquent, la valeur des démangeaisons dans la maladie de Bright. Voici ce qu'il vient raconter à M. Dieulafoy :

Se trouvant un soir en société d'une dame, il vit tout à coup celle-ci se baiser, relever sa robe et se gratter les jambes avec fureur devant toute la société. Cette dame depuis quelque temps s'affaiblissait considérablement, elle avait des accès d'oppression, ses digestions étaient mauvaises. Son frère qui est médecin ne savait trop à quoi attribuer les troubles que sa sœur éprouvait. En la voyant se gratter, il lui reproche naturellement son inconvenance. « Si tu ressentais ce que j'éprouve, tu verrais bien si tu ne te gratterais pas, lui répond-elle.»

Frappé de cette réponse M. Mouton songe de suite au mal de Bright et propose de faire l'analyse des urines qui n'ont jamais été examinées.

On y trouve de l'albumine. Le diagnostic était fait. Ainsi M. Mouton a été mis dans ce cas sur la voie du diagnostic du mal de Bright par la présence constatée de démangeaisons aux jambes, sans traces d'éruption quelconque.

---

## QUESTIONS.

### SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

---

*Anatomie et histologie normales.* — Des os des membres supérieurs.

*Physiologie.* — De la déglutition.

*Physique.* — Des leviers appliqués à la mécanique animale.

*Chimie.* — Caractères distinctifs — Préparation et propriétés des iodures et des bromures.

*Histoire naturelle.* — Qu'est-ce qu'un cétacé? Des fanons et du blanc de baleine, de l'ambre gris.

*Pathologie externe.* — Luxations de l'épaule.

*Pathologie interne.* — Du cancer de l'estomac.

*Anatomie et histologie pathologiques.* — De la phlébite.

*Médecine opératoire.* — Des différents procédés de réduction des luxations de l'épaule.

*Pharmacologie.* — Des préparations pharmaceutiques qui ont la cantharide pour base.

*Thérapeutique.* — Des indications de la médication tonique.

*Hygiène.* — De l'encombrement.

*Médecine légale.* — Du viol.

*Accouchements.* — Indications et contre-indications de l'administration du seigle ergoté.

---

Vu : le président de la thèse,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
A. GREARD